

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année : 20 .... / 20....

Accueil de loisirs : ..... Maternel

<b>Enfant</b>		
Nom : .....	Date de naissance : .....	
Prénoms : .....	Fille : <input type="checkbox"/>	Garçon : <input type="checkbox"/>

<b>Identité des Parents :</b>	
<b>Parent 1</b>	<b>Parent 2</b>
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Profession : .....	Profession : .....
Téléphone de l'employeur : .....	Téléphone de l'employeur : .....

<b>Enfant accueilli chez un tiers en qualité de:</b> .....		
Nom-Prénoms : .....	Tél fixe : .....	Tél port : .....
Adresse : .....		
Est autorisé à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Numéro de sécurité sociale : .....	
Assurance Responsabilité Civile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	(joindre la copie)
Nom et adresse de l'assurance : .....	N° de contrat : .....

<b>Personnes à prévenir et autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'accident ou de maladie (si les parents ne sont pas joignables)</b>	
Nom : .....	Prénom : .....
Nom : .....	Prénom : .....

<b>Renseignements médicaux concernant l'enfant</b>	
➤ Vaccin obligatoire : DT Polio	Date dernier rappel : .....
➤ L'enfant suit-il un traitement médical ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
➤ L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) pour pathologies diverses : allergies alimentaires, respiratoires, dermiques, prise de médicaments, autres <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Pour établir un PAI (projet d'accueil individualisé) Prendre contact avec le directeur de l'école et le médecin scolaire- 01 72 04 65 87)	
<b>AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS PAI</b>	
➤ MDPH dossier en cours <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	reconnaissance MDPH <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Bénéficiaire AEEH <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	PAI lié à un handicap.. <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
➤ Nom et N° de téléphone du médecin traitant : .....	

<b>Documents à fournir</b>
Photocopie du carnet de vaccination, assurance scolaire et jugement en cas de séparation.

## AUTORISATIONS

Je soussigné (noms et prénoms du ou des responsables) .....

- Autorise la direction de l'accueil de loisirs à recourir aux services de secours (pompiers, Samu, médecin,...) et autorise la pratique de tous les examens, investigations et interventions nécessitées par son état y compris l'anesthésie pour mon enfant en cas d'urgence puis à le ramener à l'accueil de loisirs le cas échéant.
- Autorise  oui  non à photographier ou filmer mon enfant et à diffuser ces documents dans les publications, expositions, manifestations publiques ou site Internet réalisés par la ville et ses services.
- Autorise  oui  non mon enfant à utiliser les transports en commun.
- Autorise  oui  non mon enfant à participer aux sorties à Paris.

Ivry, le .....

Signatures du ou des responsables

## Restauration :

Votre enfant fréquente la restauration scolaire :

Menu « sans viande de porc »

Menu « avec viande de porc »

## Personnes autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom-Prénoms : .....	Tél fixe : .....	Tél port : .....
---------------------	------------------	------------------

Nom-Prénoms : .....	Tél fixe : .....	Tél port : .....
---------------------	------------------	------------------

Nom-Prénoms : .....	Tél fixe : .....	Tél port : .....
---------------------	------------------	------------------

Nom-Prénoms : .....	Tél fixe : .....	Tél port : .....
---------------------	------------------	------------------

Nom-Prénoms : .....	Tél fixe : .....	Tél port : .....
---------------------	------------------	------------------

Nom-Prénoms : .....	Tél fixe : .....	Tél port : .....
---------------------	------------------	------------------

## Personnes mineurs autorisées à venir chercher mon enfant :

**Confier un enfant à un autre mineur peut s'avérer dangereux, la municipalité décline toute responsabilité en cas d'accident.**

Nom-Prénoms : .....	Tél fixe : .....	Tél port : .....
---------------------	------------------	------------------

Nom-Prénoms : .....	Tél fixe : .....	Tél port : .....
---------------------	------------------	------------------

Ivry, le .....

Signatures du ou des responsables