



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

Cette fiche sanitaire est à compléter obligatoirement pour permettre à votre enfant de participer aux activités péri et extrascolaires. Elle a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux et les autorisations qui pourront être utiles durant les jours de présence de votre enfant.

### L'INSCRIPTION NE SERA PAS PRISE EN COMPTE SANS CETTE FICHE

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ SEXE : **MASCULIN**  
**FEMININ**

NE(E) LE : \_\_\_\_\_

ECOLE FREQUENTEE : \_\_\_\_\_ CLASSE : \_\_\_\_\_

#### 1) VACCINATIONS

VACCINS	DATE DE VACCINATION	DERNIER RAPPEL
DTCP (obligatoire)		
ROR		

Merci de fournir une copie des pages de vaccination.  
Si l'enfant n'est pas vacciné, fournir le certificat médical de contre-indication.

#### 2) REGIME ALIMENTAIRE

Repas sans porc : OUI  NON   
Repas sans viande : OUI  NON

#### 3) REMARQUES CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT ET RECOMMANDATIONS DES PARENTS (l'enfant porte des

prothèses   des lentilles  s'auto médicamente,...)  
Autres : \_\_\_\_\_

Actuellement l'enfant suit-il un traitement (si oui, joindre obligatoirement l'ordonnance) OUI  NON

**ALLERGIES :** Asthme oui  non   
Alimentaires\* oui  non   
Médicamenteuses : oui  non

SI OUI, LESQUELLES : \_\_\_\_\_

Merci d'indiquer la procédure à suivre en cas d'allergie alimentaire :



*\*Si votre enfant a une allergie alimentaire, nous vous remercions de bien vouloir prendre contact avec la direction de l'Enfance au 01.34.21.25.00 afin de mettre en place un PAI (protocole d'accueil individualisé). Il conviendra de fournir le repas, goûter et petit-déjeuner.*

#### 4) AUTORISATION DE SORTIE DE L'ENFANT PAR UNE TIERCE PERSONNE

Pour venir chercher votre enfant âgé de moins de 8 ans, le tiers devra être âgé de 11 ans et plus.

J'autorise \_\_\_\_\_ Date naissance\* \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

J'autorise \_\_\_\_\_ Date naissance\* \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

A venir chercher mon enfant le mercredi, à l'accueil post scolaire ou étude dirigée et durant les vacances scolaires.

\*préciser la date de naissance si le tiers est mineur

#### 5) AUTORISATION DE SORTIE DE L'ENFANT SEUL

Pour partir seul, votre enfant doit être âgé de 8 ans et plus.

J'autorise mon enfant :

- |   |                              |                              |                                 |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| - à quitter le centre durant les vacances seul      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | heure du départ à préciser..... |
| - à quitter l'accueil du soir (et/ou mercredi) seul | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | heure du départ à préciser..... |
| - à quitter l'étude dirigée seul                    | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |                                 |

#### 6) ACTIVITES ALSH

Je soussigné (e)	Père <input type="checkbox"/>	Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités de l'accueil de
	Mère <input type="checkbox"/>	loisirs y compris celles organisées en dehors de la Commune (transport en
	Tuteur <input type="checkbox"/>	car, bus, train ou minibus).

**Je décharge la commune de toute responsabilité durant l'absence de mon enfant.**

#### 7) AUTORISATION PHOTO/VIDEOS

Autorise l'équipe d'animation à filmer et à photographier mon enfant et à diffuser les images (information municipale, site internet et facebook de la ville).

N'autorise pas l'équipe d'animation à filmer et à photographier mon enfant.

#### 8) RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM DES DEUX RESPONSABLES \_\_\_\_\_ PRENOMS \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° téléphone \_\_\_\_\_

Courriel de la famille \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° téléphone portable père \_\_\_\_\_

N° téléphone portable mère \_\_\_\_\_

Nom, adresse employeur père : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom, adresse employeur mère : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'assurance extrascolaire : \_\_\_\_\_

N° contrat d'assurance : \_\_\_\_\_

Je Soussigné (e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise, le directeur de l'accueil de loisirs, à prendre toute mesure (hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) et à donner tout traitement rendu nécessaire pour la santé de mon enfant.

Fait à Saint-Ouen-l'Aumône, Le

Signature des responsables légaux\* :

\* signatures du père et de la mère en cas de séparation des parents (fournir une copie du jugement)