



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON PERISCOLAIRE 2025 - 2026

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : ..... ☐ Fille ☐ Garçon

Classe 2025/2026 : .....

Médecin traitant : ..... Tél. médecin : .....

Droit à l'image\* : ☐ Oui ☐ Non

*\*J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé lors des activités et que les images soient diffusées sur les supports de communication print et web de la ville.*

### RENSEIGNEMENTS PARENTS

| PARENT 1             | PARENT 2             |
|----------------------|----------------------|
| Nom et prénom :      | Nom et prénom :      |
| Adresse :            | Adresse :            |
| Téléphone portable : | Téléphone portable : |
| Mail :               | Mail :               |

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Allergie(s) alimentaire(s) : ☐ Oui ☐ Non

***Si oui, merci de nous fournir obligatoirement une copie du Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I)***

Bénéficie-t-il d'un régime alimentaire ? ☐ Oui ☐ Non

*Si oui,*

Sans porc : ☐ Oui ☐ Non

Sans viande : ☐ Oui ☐ Non

Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) ☐ Oui ☐ Non

***Si oui, merci de nous fournir obligatoirement une copie***

Allergie(s) médicamenteuse(s) ☐ Oui ☐ Non

***Si oui, merci de nous fournir obligatoirement une copie du Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I)***

Vaccins : DT POLIO : ☐ Oui ☐ Non Date du dernier rappel : ..... / ..... / .....

HEPATITE B : ☐ Oui ☐ Non Date du dernier rappel : ..... / ..... / .....

ROR : ☐ Oui ☐ Non

Date du dernier rappel : ..... / ..... / .....

COQUELUCHE : ☐ Oui ☐ Non

Date du dernier rappel : ..... / ..... / .....

Autres ? Précisez : .....

Port de :  
Lunettes ☐ Oui ☐ Non  
Lentilles ☐ Oui ☐ Non  
Prothèse auditive ☐ Oui ☐ Non  
Appareil dentaire ☐ Oui ☐ Non

Autres ? Précisez : .....

### HOSPITALISATION DE L'ENFANT

Hôpital ou clinique de référence : .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas

le responsable à prendre le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention médicale...) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

### ASSURANCE

Assurance responsabilité civile : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, numéro : ..... Compagnie : .....

### AUTORISATIONS

Les personnes mentionnées dans le tableau ci-dessous sont autorisées à :

| Nom de la personne | Lien avec l'enfant | Téléphone | Prendre en charge l'enfant en cas d'indisponibilité des parents | Être contacté en cas d'urgence si les parents ne sont pas disponibles |
|--------------------|--------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|                    |                    |           | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non             |
|                    |                    |           | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non             |

Date :

Signature :