PHOTO

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

École fréquentée : **Victor Hugo** : □ **Saint André** : □
Autre Ecole □ précisez :……

ENFANT □ **GARÇON** □ **FILLE**

NOM ET PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE_____

		PARENT 1 (ADRESSE DE FACTURATION)	PARENT 2 (ADRESSE SI DIFFERENTE)
NOM / PRENOM		……	……
ADRESSE		…… …… ……	…… …… ……
TELEPHONE	**DOMICILE**	___/___/___/___/___/	___/___/___/___/___/
	TRAVAIL	___/___/___/___/___/	___/___/___/___/___/
	PORTABLE	___/___/___/___/___/	___/___/___/___/___/
	COURRIEL	_____@_____	_____@_____
PROFESSION			
LIEU DE TRAVAIL			
N° ASSURE SOCIAL MALADIE			

N° ALLOCATAIRE CAF :

……

CAISSE : CAF □ MSA □ MGEN □ AUTRE □ …….....

AUTRES PERSONNES HABILITÉES À PRENDRE L'ENFANT

PERSONNE 1	**PERSONNE 2**
NOM ET PRENOM : …….....	…….....
Lien de parenté : ……..…	…….....
TELEPHONE : ……..….	……

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

MÉDECIN TRAITANT :…… TEL : ____/____/____/____/____/

VACCINATIONS (***JOINDRE IMPERATIVEMENT LES PAGES DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE AU DOSSIER D'INSCRIPTION***)

PAI (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE : Oui □ Non □
PPS (PROJET PERSONNALISE DE SCOLARISATION) Oui □ Non □

INTOLERANCE ALIMENTAIRE Oui □ Non □

Lesquelles :……

Effets indésirables :…….

ALLERGIES (JOINDRE IMPERATIVEMENT UN CERTIFICAT MEDICAL)

ASTHME: Oui □ Non □
Médicamenteuse Oui □ Non □ laquelle :…….
Alimentaire Oui □ Non □ laquelle :…….
Autres lesquelles :……..

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir en joignant si nécessaire un justificatif :
……
……
……
……

INDIQUEZ CI-APRÈS, LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION).
EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS À PRENDRE :
……
……
……

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC). PRECISEZ :
……
……

DECHARGE PARENTALE

JE SOUSSIGNÉ……..……..
RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT……..……

- **AUTORISE** LES SERVICES MUNICIPAUX À TRANSMETTRE MON NUMERO D'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE LE CAS ÉCHÉANT AUX FAMILLES CONCERNÉES PAR UN INCIDENT IMPLIQUANT MON ENFANT.

- **AUTORISE** MON ENFANT À PARTICIPER AUX ACTIVITES PROPOSÉES DANS LE CADRE DE L'ACCUEIL.

- **AUTORISE** LES SERVICES MUNICIPAUX À AVOIR ACCÉS AU SERVICE CAF PRO.

- **AUTORISE** LES ANIMATEURS À PRENDRE DES PHOTOS OU FILM DE MON ENFANT ET LES DIFFUSER DANS LE CADRE DES PUBLICATIONS DE LA MUNICIPALITÉ (SITE INTERNET DE LA MAIRIE, BULLETIN MUNICIPAL, JOURNAUX).
  OUI ☐ NON ☐
- **AUTORISE** LE RESPONSABLE À PRENDRE LE CAS ECHÉANT TOUTES MESURES NÉCESSAIRES (TRAITEMENT MÉDICAL, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE) RENDUES NÉCESSAIRES PAR L'ÉTAT DE L'ENFANT.

- **CERTIFIE AVOIR PRIS CONNAISSANCE** DU REGLEMENT INTERIEUR DES SERVICES ENFANCE ET M'ENGAGE À LE RESPECTER

À SURZUR, LE……..……

SIGNATURE PRECEDEE DE LA MENTION « LU ET APPROUVE »