

République Française

Villeneuve-le-Roi

Service municipal de l'Enfance et de l'Enseignement – Tél. 01 49 61 33 87 – Année 2018/2019

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(ACCUEIL DE LOISIRS, CANTINES,
ACCUEIL MATIN / SOIR)

1-ENFANT

NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 ECOLE : _____
 CLASSE : _____

2-RESPONSABLE DE L'ENFANT Père Mère Tuteur

NOM _____	PRENOM _____
ADRESSE _____	
TEL FIXE _____	N° de sécurité sociale _____
Profession du père _____	Profession de la mère _____
Tél travail _____	Tél travail _____
Tél portable _____	Tél portable _____
Mail _____	Mail _____
L'enfant a-t-il des frères et sœurs ?	
Prénom _____ âge _____	Prénom _____ âge _____
Prénom _____ âge _____	Prénom _____ âge _____
Prénom _____ âge _____	Prénom _____ âge _____
Personne à contacter en cas d'urgence	
Nom, prénom _____	Tél : _____
Nom, prénom _____	Tél : _____

3-VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES
Diphtérie		Haemophilus influenzae B	
Tétanos		Rubéole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Méningocoque C		Rougeole	
Pneumocoque		Oreillons	
Hépatite B			

4-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MEDECIN DE FAMILLE _____ TEL : _____

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE Oui - Non	VARICELLE Oui - Non	ANGINE Oui - Non	SCARLATINE Oui - Non	OREILLONS Oui - Non
COQUELUCHE Oui - Non	OTITE Oui - Non	ROUGEOLE Oui - Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ Oui - Non	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSE oui non
ALIMENTAIRE oui non AUTRES _____

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE OU AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES

(Les difficultés de santé, votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses dentaires, etc...)

.....
.....
.....

Si l'enfant nécessite des soins médicaux particuliers, fournir une copie du P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE

Je soussigné _____ demeurant _____

Autorise le directeur du centre de loisirs à prendre sur avis médical en cas de maladie ou accident de l'enfant toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris l'hospitalisation.

A Villeneuve-le-Roi, le

Signature :

Pour être admis aux activités périscolaires (accueil de loisirs, cantines, accueil matin / soir) la déclaration ci-dessous devra être obligatoirement remplie, signée et accompagnée de l'**attestation d'assurance extrascolaire de l'enfant**.

Je soussigné(e) _____ Père Mère Tuteur
Responsable de l'enfant _____

L'autorise à participer à toutes les activités pratiquées en ALSH, NAP, cantines, AMS

Fait à Villeneuve-le-Roi, le

Signature

5-AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Madame / Monsieur _____ Père Mère Tuteur légal
De l'enfant _____

- Autorise l'équipe d'animation à exposer ou publier les photos de mon enfant dans le cadre des activités périscolaires (accueil de loisirs, cantines, accueil matin / soir).
- Autorise la mairie de Villeneuve-le-Roi à reproduire ou diffuser sur les supports de la ville (Villeneuve Magazine, plaquettes, affichettes, films audiovisuels, site Internet) les photos et vidéos sur lesquelles peut figurer mon enfant

Signature :

Je soussigné(e) Madame / Monsieur _____ Père / Mère / Tuteur
Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant (sur présentation d'une pièce d'identité):

Nom, prénom _____	lien de parenté _____
Nom, prénom _____	lien de parenté _____
Nom, prénom _____	lien de parenté _____
Nom, prénom _____	lien de parenté _____
Nom, prénom _____	lien de parenté _____
Nom, prénom _____	lien de parenté _____
Nom, prénom _____	lien de parenté _____

Autorise mon enfant (en élémentaire) _____ à **quitter seul l'accueil de loisirs**

Tous les jours (précisez l'heure) _____

Occasionnellement (préciser le jour et l'heure) _____

Signature :