|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  ***Année 2023/2024***  **Service Périscolaire**  ***ACCUEILS PRE ET POST SCOLAIRS - RESTAURANT SCOLAIRE ETUDE - ACCUEIL DE LOISIRS*** | Photo récente  Obligatoire |

Nom et Prénom de l’enfant : Classe :

Date de naissance : Sexe :   **☐** M **☐** F

Adresse : N° et rue :

Code postal : Ville :

N° Sécurité Sociale obligatoire:

N° Affiliation C.A.F obligatoire:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Responsable 1**  **(Personne recevant l’ensemble des courriers et des emails)** | **Responsable 2** |
| Nom Prénom |  |  |
| Date de naissance |  |  |
| Adresse |  |  |
| Employeur et profession |  |  |
| Tél. domicile |  |  |
| Tél. portable |  |  |
| Numéro joignable en cas d’urgence |  |  |
| Tél. professionnel |  |  |
| Adresse mail |  |  |

**Situation familiale** ☐: Marié, ☐ Divorcé, ☐ Vie maritale, ☐ Pacsé, ☐ Veuf (ve), ☐ Célibataire

Pour les parents séparés ou divorcés, merci de fournir les copies des attestations justifiant les modalités et droits de garde de l’enfant.

GARDE : ☐ Mère, ☐ Père, ☐ Alternée.

**AUTORISATIONS**

J’autorise les personnes **majeures** dont le nom figure ci-dessous à venir chercher mon enfant :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom Prénom** | **Lien de Parenté** | **N° de Téléphone** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

J’autorise mon enfant :

**☐** à participer à toutes les activités et sorties (transport en véhicule de service et car).

**☐** à être photographié, enregistré ou filmé lors des activités et autorise la reproduction, publication et diffusion libre des images et sons réalisés (affichage à l’accueil, activités audiovisuelles diffusées aux familles).

**☐** à être maquillé dans le cadre des activités.

**Ces autorisations pourront être à tout moment annulées ou modifiées par simple demande écrite de votre part**.

**INFORMATIONS MEDICALES**

Je soussigné(e), , responsable légal de l’enfant autorise le personnel communal à prendre, le cas échéant toutes mesures (soins de premiers secours, PAI, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. Etant entendu que tout sera fait pour me (nous) prévenir dans les plus brefs délais.

**ALLERGIES : Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non, Alimentaires : ☐Oui ☐Non.**

**AUTRES :** (Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir) :

**P. A. I.** (Projet d’accueil individualisé) en cours : ☐ Oui ☐ Non.

(Joindre le protocole, toutes les informations utiles et les médicaments).

**Régime alimentaire particulier :** **☐ Oui ☐ Non**

Indiquez les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

Je soussigné, , responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature(s) :