



FICHE SANITAIRE DE LIAISON (1 fiche par enfant)

Année 2021 - 2022

www.pluguffan.bzh

Cadre réservé aux services administratifs

Fiche inscription R.S. / A.P. Avis d'imposition PAI D.I.

→ INFORMATIONS SUR L'ENFANT ACCUEILLI

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : / / Age : Fille Garçon

École fréquentée : École Antoine de Saint-Exupéry École Notre Dame des Grâces

Classe : Autre école :

.....

→ RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

→1 / Nom / prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de tél : / / / / / N° de portable : / / / / /

Lieu de travail : N° tél travail : / / / / /
(Entreprise et commune)

Mail :

! (Pour pouvoir accéder au « portail familles » et inscrire en ligne votre enfant, il est indispensable que vous notiez une adresse mail).

.....

→2 / Nom / prénom :

Adresse (si différente) :

Code postal : Ville :

N° de tél : / / / / / N° de portable : / / / / /

Lieu de travail : N° tél travail : / / / / /
(Entreprise et commune)

Mail :

! (Pour pouvoir accéder au « portail familles » et inscrire en ligne votre enfant, il est indispensable que vous notiez une adresse mail).

Situation familiale (cochez la réponse) : marié / en concubinage / pacsé / séparé / divorcé* / parent isolé / veuf
(*Dans le cas où une décision de justice a été établie, fournir la copie du jugement concernant les dispositions de garde des enfants)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, merci de nous préciser le traitement :

Nous ne pourrons être en mesure d'administrer le traitement à votre enfant sans la mise en place d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)

Votre enfant a-t-il des allergies ?

 Oui Non

Si **OUI**, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

(**En cas d'allergie alimentaire**, un certificat médical et un Projet d'Accueil Individualisé **doivent être obligatoirement fournis** pour qu'un régime alimentaire soit mis en place pour votre enfant et qu'un repas soit servi → **CONTACT OBLIGATOIRE AVEC LE RESPONSABLE PERISCOLAIRE**)

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) ?

 Oui Non

(Si oui, merci de prendre contact avec le service périscolaire pour adapter l'accueil de votre enfant)

Vaccinations à jour :

 Oui Non

Fournir *obligatoirement* une copie des pages de vaccination du carnet de santé sur lesquelles apparaissent le nom de l'enfant ou un certificat de vaccination du médecin.

MÉDECIN TRAITANT ET DOSSIER MÉDICAL

Nom du médecin traitant : Ville :

N° de téléphone : / / / /

Régime social : Régime général / CAF

MSA

RSI (travailleur indépendant)

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer d'éventuels problèmes, difficultés de santé et informations utiles, en indiquant les précautions à prendre : (antécédent médical, régime alimentaire spécifique, port de lunettes, comportement de l'enfant, problèmes familiaux, droit de garde exclusif, ...)

CES INFORMATIONS SONT ESSENTIELLES AU BON DEROULEMENT DE L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT.

RESPONSABILITÉS ET AUTORISATIONS

Je, soussigné(e) Mme / M.

responsable légal de l'enfant

Autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

..... Tél. : / / / /

..... Tél. : / / / /

..... Tél. : / / / /

Autorise mon enfant à quitter seul l'accueil périscolaire

Autorise la diffusion de l'image de mon enfant prise lors d'activités périscolaires sur tout support visuel (photos, vidéos, expositions, articles, bulletin municipal et site internet) de la commune de Pluguffan.

Autorise la commune à transporter mon enfant avec les véhicules communaux.

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à :, **le** / /

Signatures :