

NOM-Prénom de l'enfant : **Date de Naissance** :

Sexe : Féminin / Masculin **Garde alternée** : Oui / Non **École** : **Régime alimentaire** : Sans porc
P.A.I (Panier repas)

Adresse de l'enfant :

.....

NOM-Prénom de la mère : **Date de naissance** :

Situation familiale : Concubinage – Pacsée – Mariée – Célibataire – Séparée – Veuve - Divorcée

Adresse de la mère (si différente de l'enfant) :

.....

Tél Portable : **Tél professionnel** :

Email :

N° allocataire CAF ou MSA :

Profession :

Nom de l'employeur :

NOM-Prénom du père : **Date de naissance** :

Situation familiale : Concubinage – Pacsé – Marié – Célibataire – Séparé – Veuve - Divorcé

Adresse du père (si différente de l'enfant) :

Tél Portable : **Tél professionnel** :

Email :

N° allocataire CAF ou MSA :

Profession :

Nom de l'employeur :

En cas d'urgence :

Nom des personnes à contacter en cas d'urgence (hors parents) :

Nom Tél :

Nom Tél :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Mon enfant est autorisé à quitter seul l'accueil périscolaire du soir : Oui Non

Si non, accompagné(e) de :

Nom-Prénom	Lien de parenté	Téléphone



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(Uniquement pour l'inscription à l'ALSH Mercredis et Vacances scolaires)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2023 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DERNIERS RAPPELS
DTCoqPolio				Haemophilus	
				R.O.R	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il des allergies? Alimentaires: Oui Non
Médicamenteuses: Oui Non
Autres: Oui Non

Si oui, joindre un certificat médical d'un allergologue ainsi que le P.A.I de l'enfant

Le mineur présente-t-il un problème de santé ? Si oui, préciser :

.....
.....

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, lentilles, appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc

.....
.....

4- NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT:

Déclaration du responsable légal :

Je soussigné(e), Nom-Prénom:

Saint-Maurice-l'Exil, le**SIGNATURE (précédée de la mention « Lu et approuvé »)**