



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
OBLIGATOIRE POUR TOUT ENFANT DU RPI DU
SIRP DE CANAULES SAVIGNARGUES SAINT THEODORIT
 CE DOCUMENT EST A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE(s) responsable(s) légal (aux) de l'enfant

ENFANT :

Photo

Nom :Prénom :.....
 Adresse :.....
 Né(e) le :
 A.....
 Classe de :.....

<p align="center">Mère :</p> <p align="center">Responsable légal de l'enfant <input type="checkbox"/></p> <p>NOM :.....</p> <p>Prénom :.....</p> <p>Adresse :.....</p> <p>.....</p> <p>Tel fixe :.....</p> <p>Tel portable :.....</p> <p>Tel professionnel :.....</p> <p>Mail en majuscules :.....</p> <p>Situation familiale :.....</p>	<p align="center">Père :</p> <p align="center">Responsable légal de l'enfant <input type="checkbox"/></p> <p>NOM :.....</p> <p>Prénom :.....</p> <p>Adresse :.....</p> <p>.....</p> <p>Tel fixe :.....</p> <p>Tel portable :.....</p> <p>Tel professionnel :.....</p> <p>Mail en majuscules :.....</p> <p>Situation familiale :.....</p>
---	---

PRESTATIONS SOCIALES ET FAMILIALES

CAF MSA EDF AUTRE (précisez)

N° ALLOCATAIRE(OBLIGATOIRE) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant).....

QUOTIENT FAMILIAL DE LA CAF :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT		
NOM & Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

EN CAS D'URGENCE PRÉVENIR (SI LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT N'EST PAS JOIGNABLE)		
NOM & Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

A ce dossier, vous joindrez **OBLIGATOIREMENT** :

- **L'attestation d'assurance responsabilité civile dont dépend l'enfant**
- **La copie du carnet de vaccinations**
- **Attestation CAF ou MSA quotient familial.**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

GRUPE SANGUIN SI CONNU :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Allergies : - Asthme **oui** **non** - Alimentaire **oui** **non**
 - Médicamenteuses **oui** **non**
 - Autres.....

En cas d'allergie veuillez prendre contact avec l'enseignant pour la mise en place avec le médecin scolaire, d'un PAI. (PLAN ALIMENTAIRE INDIVIDUEL).

Votre enfant porte :

Des lentilles de contact des lunettes des prothèses auditives des prothèses dentaires

AUTORISATIONS (cocher les cases)
<input type="checkbox"/> J'autorise la direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
<input type="checkbox"/> J'autorise l'équipe d'animation à photographier ou à filmer mon enfant et que son image puisse être diffusée, exposée, publiée (photos souvenir sur un support, prises de vue liées aux activités,...)
<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la fin des TAP ou à la descente du bus (uniquement pour les primaires) Pour les enfants de moins de 6 ans pas autorisation de rentrer seul. En cas de retard des parents les enfants de Petite Section de maternelle jusqu'à la Grande Section de maternelle, seront systématiquement conduit à l'accueil périscolaire et ce service sera facturé il faudra systématiquement s'acquitter d'un ticket de garderie. (vendu par 5 ou 10)

Je, soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à....., le...../...../.....

SIGNATURE