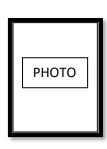




Année 2024 – 2025 Service Animation Périscolaire L'AVIATEUR PUISEUX EN France



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

IDENTITE DE L'ENFANT		
Nom : Prénom :		
Date de naissance :/ Lieu de naissance :		
Ecole : Classe :		
Maternelle		
REGIME ALIMENTAIRE		
Régime particulier oui:  non:  Si oui : Sans viande :  ou Sans porc :		
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT		
Asthme Oui Non Allergies Médicamenteuses Oui Non		
Allergies Alimentaires Oui  Non		
Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. Remplir un PAI disponible sur l'espace familles.  Traitement Médical Oui  Non  Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments		
dans leur emballage d'origine avec la notice marquées au nom de l'enfant)		
AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS ou ADMINISTRE SANS ORDONNANCE		
<b>Difficulté de santé</b> Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en mentionnant les dates et les précautions à prendre		
Nom du médecin de famille :		
Lieu: No tél:		
Informations complémentaires (port de lunettes, appareil dentaire,) :		

PARENTS		
PERE	MERE	
Nom – Prénom :	Nom – Prénom :	
Adresse :	Adresse si différente:	
Tél dom :	Tél dom :	
Travail :	Travail:	
Portable :	Portable :	
Profession:	Profession:	
En cas de séparation, précisez qui exe	erce la garde de l'enfant* :	
N° de sécurité sociale :	N° CAF :	
AUTORISATIONS DIVERSES		
Je soussigné(e), M. " Mme " Mlle (Nom/Pr	énom)	
<ul> <li>¬ Autorise les responsables de l'Accueil de Lois et interventions qui peuvent être reconnus m service d'urgences.</li> <li>¬ Autorise mon enfant à être transporté pour l (bus/trains/car) et véhicule Mairie (minibus).</li> <li>¬ Autorise l'équipe d'animation à administrer communiqué un exemplaire.</li> <li>¬ Autorise mon enfant à participer à toutes le</li> </ul>	irs à filmer, photographier, enregistrer mon enfant lors des ploiter librement les images ainsi réalisées	
Nom/ Prénom / N° tél	Lien avec l'enfant:	
<ul><li>Autorise mon enfant à partir seul</li><li>N'autorise pas mon enfant à partir s</li></ul>	eul	
Je certifie que les informations fournies sont exactes.  □ Je m'engage à transmettre toutes informations modifiant la présente fiche.  □ Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités et en accepter les conditions. (disponible sur le portail famille)  □ Je déclare avoir pris connaissance des dispositions de réservation et facturation des activités et en accepter les conditions		
Fait à Puiseux en France, le / /		
	Signature des parents (Suivie des mentions « lu et approuvé »)	

## Joindre les photocopies suivantes :

- Carnet de santé
- Attestation Sécurité Sociale, Mutuelle ou CMU
- \*Jugement de divorce si nécessaire