

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2024-2025



Nom, Prénom de l'enfant : Né(e) le :

Sexe : M ☐ F ☐

Situation familiale : ☐ Marié/Pacsé ☐ Séparé/ Divorcé ☐ Monoparentale ☐ Accueil
☐ Veuf/Veuve ☐ Union libre.

PARENTS DE L'ENFANT

	Parent 1 Responsable de l'enfant ☐	Parent 2 Responsable de l'enfant ☐
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. Domicile/Portable :		
Courriel :		

N° de téléphone en cas d'urgence :

COORDONNÉES DES EMPLOYEURS

	Parent 1	Parent 2
Nom employeur :		
Téléphone Travail :		

Personnes susceptibles de venir chercher mon/mes enfant(s) :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N° Téléphone	Adresse

Pendant les activités, j'autorise le personnel de Ville à photographier et / ou à filmer mon enfant pour :

- Réseaux sociaux
- Site internet
- Presse
- Supports de communication

OUI ☐ NON ☐

Allergies

Asthme ☐Oui* ☐Non Médicamenteuses : ☐Oui* ☐Non Alimentaires : ☐Oui * ☐Non

Autres : ☐

***ATTENTION : toute case cochée entraînera la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ; se renseigner auprès du pôle « Enfance – Jeunesse ».**

☐ En cas de PAI, j'autorise le médecin référent de la structure à consulter le dossier médical de mon enfant.

Précisez la cause de l'allergie :

.....
.....

Indiquer ci-après les **difficultés de santé et recommandations** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation,) en précisant les dates et **les précautions à prendre :**

.....
.....

Régimes alimentaire : ☐ Repas du jour ☐ Sans Porc ☐ Végétarien

Vaccins : ☐ Diphtérie, Tétanos et Polio ☐ Coqueluche ☐ Haemophilus influenzae B ☐ Hépatite B
☐ Infections à pneumocoque ☐ Méningocoque de séro groupe C ☐ Rougeole, Oreillons et Rubéole

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

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

Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans une trousse (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

☐ Rubéole	☐ Angine	☐ Rougeole
☐ Otite oreillons	☐ Scarlatine	☐ Rhumatisme
☐ Varicelle	☐ Coqueluche	Autres :

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire :

Nom : N° de contrat :

☐ En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la sante et la moralité de mon enfant.

Ecole fréquentée :

Fait à, le Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Pôle enfance-jeunesse pour les inscriptions périscolaires, accueils de loisirs, activités. Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées à l'inscription conformément à la loi « informatique et Libertés » 1978 modifié et au règlement Européen (RGPD 2016/679). Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le pôle enfance-jeunesse de Huningue.