

**Informations médicales**

Un protocole d'accueil individualisé a-t-il été établi ?  oui  non Si oui, fournir le protocole.

L'enfant est-il allergique ?  oui  non

Si oui, merci d'indiquer la cause et la conduite à tenir : .....

**AUTORISATIONS PARENTALES**

*A remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes*

Je soussigné Madame, Monsieur, .....  
 représentant légal de l'enfant .....

• Autorisations valables pour tous les services :	OUI	NON
J'autorise mon enfant à partir <b>SEUL (uniquement à partir du CP)</b>		
J'autorise mon enfant à être photographié ou filmé et autorise la diffusion de ces photos dans les bulletins intercommunaux et dans la presse		
J'autorise mon enfant à être photographié ou filmé et autorise la diffusion de ces photos sur le site Internet et les blogs de l'école et de la Communauté de Communes en tant que souvenir de sorties. (Les images ne comporteront pas de renseignements identifiant l'enfant : ni nom, ni adresse)		
J'autorise l'école ou le responsable des activités périscolaires, à faire pratiquer les actes médicaux, chirurgicaux et hospitalisation jugés indispensables par le médecin, à l'hôpital préconisé		

• Autorisations valables pour les services périscolaires et accueil de loisirs :	OUI	NON
J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties et activités proposées par l'école et les services de la collectivité dans le respect de la réglementation en vigueur		

➤ **Autorisation de quitter les structures d'accueil (école, services périscolaires, centre de loisirs) avec un proche (autre que les parents)**

**(La personne prendra en charge l'enfant dès la barrière pour les 6-10 ans et dans l'enceinte de l'établissement pour les 3-6 ans)**

J'autorise l'école ou le responsable des activités périscolaires et accueil de loisirs à laisser partir mon enfant avec :

NOM	PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE

Si garde exclusive confiée  au père,  à la mère, joindre une pièce justificative du jugement.

Nous nous engageons à signaler tout changement modifiant les informations mentionnées sur cette fiche ainsi que les pièces complémentaires au dossier.

Fait à ....., le .....

Signature parent 1

Signature parent 2

📎 **Pièces à joindre impérativement (pour tous les élèves) :**

- Assurance responsabilité civile
- Attestation CAF ou MSA avec indication du quotient familial
- Attestation droits sécurité sociale de l'enfant

*Cadre réservé à l'administration*

P.A.I  
 allergies  
I.N.E : .....

**Enfant**

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....  Masculin  Féminin  
Lieu de naissance : ..... Pays : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....

**Responsable légal 1**

*Autorité parentale :  oui  non*

NOM : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... N° CAF : .....  
Adresse (si différente) : ..... Code Postal : .....  
Ville : ..... ☎ : .....  
☎ prof : ..... ☎ : .....  
Courriel : .....

**Responsable légal 2**

*Autorité parentale :  oui  non*

NOM : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... N° CAF : .....  
Adresse (si différente) : ..... Code Postal : .....  
Ville : ..... ☎ : .....  
☎ prof : ..... ☎ : .....  
Courriel : .....

**STRUCTURE OU FAMILLE D'ACCUEIL**

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse (si différente) : ..... Code Postal : .....  
Ville : ..... ☎ : .....  
☎ : .....  
Courriel : .....

**Frères et sœurs**

NOM	PRENOM	CLASSE	ECOLE (si différente)	DATE DE NAISSANCE

**Autres personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)**

NOM	PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE

**Assurances de l'enfant scolaire et extrascolaire**

Responsabilité civile :  oui  non Individuelle accident :  oui  non  
Compagnie d'assurance : ..... Numéro contrat d'assurance : .....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON       FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
INFANRIX HEXA				Hépatite B	
ou INFANRIX QUINTA				MENINGITE C	
ou REPEVAX				BCG	
ou BOOSTRIX				ANTI PNEUMOCOCCIQUE (Prévenar)	
ou TETRAVAX				AUTRES (Préciser)	
Rougeole Oreillons Rubéole					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME      oui  non       MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
 ALIMENTAIRES      oui  non       AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
 .....  
 .....  
 .....

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....  
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....  
 .....  
 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

## 6- P. A I. (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ)      oui non JOINDRE LA COPIE AU DOSSIER

## 7- VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ?      oui non

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_