

Fiche sanitaire de liaison

Autorisation parentale 2012 - 2013

1 fiche par enfant

JOINDRE DEUX PHOTOS D'IDENTITÉ AVEC AU DOS LE NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT – NE PAS COLLER NI AGRAFER

A remplir en lettres capitales et très lisiblement, merci !

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant : Garçon : <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/> Âge : Né(e) le : Adresse complète :	Ecole fréquentée en 2012-2013 : Maternelle <input type="checkbox"/> Élémentaire <input type="checkbox"/> Niveau scolaire en 2012-2013 (MS, CP, CE1...) :
---	---

Coordonnées des deux parents (remplir les 2 colonnes) ou du responsable légal (remplir la 1^{ère} colonne)

INFORMATIONS	PÈRE (OU RESPONSABLE LÉGAL)	MÈRE	
Nom	M.	Mme	
Prénom	.....	.....
Adresse	..... .....	..... .....
Tél. domicile	.....	.....
Tél. mobile	.....	.....
Tél. pro	.....	.....
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparés ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Divorcés ⁽¹⁾	Précisez si : Garde alternée ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>
	⁽¹⁾ DANS CE CAS JOINDRE LA COPIE DE L'EXTRAIT DE JUGEMENT JUSTIFIANT DE LA RESPONSABILITÉ DE(S) L'ENFANT(S) ET DES DROITS DE GARDE.		

AUTORISATIONS PARENTALES

Personnes ayant l'autorisation ou l'interdiction par décision de justice de venir chercher l'enfant :

NOM ET PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ	AUTORISATION	INTERDICTION
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concernant l'accueil de loisirs du mercredi, J'autorise mon enfant âgé de 7 ans révolu, à rentrer seul à la fin de l'activité			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
J'autorise la prise de vues de mon enfant pour les publications de la ville (journal municipal, affiches, programmes, site Internet de la ville,...).			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

**JOINDRE LES COPIES DES PAGES DU CARNET DE SANTÉ RELATIVES AUX VACCINATIONS.
SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION**

■ Vaccination	Antidiphthérique	Antitétanique	Antipoliomyélitique
DATE DU VACCIN/...../...../...../...../...../.....
DATE DU DERNIER RAPPEL/...../...../...../...../...../.....

■ Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
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"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

■ Votre enfant a-t-il des réactions allergiques (asthme, alimentaires), médicamenteuses ou autres ? OUI NON

Si oui, précisez lesquelles :

.....

Vous demandez à ce qu'il bénéficie d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé). OUI NON

P.A.I. Santé : <input type="checkbox"/>	P.A.I. Alimentaire : <input type="checkbox"/>
---	---

■ Repas sans porc

■ Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...) ? OUI NON

Si oui, précisez lesquels, les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

■ Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Si oui, précisez lequel :

.....

JOINDRE UNE ORDONNANCE RÉCENTE
(LES MÉDICAMENTS CORRESPONDANTS SONT À REMETTRE AU RESPONSABLE DE CHAQUE ACTIVITÉ
DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE MARQUÉS AU NOM DE L'ENFANT AVEC LA NOTICE)
AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

■ Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèse dentaire...)

.....

A remplir obligatoirement

Je, soussigné(e),
Madame, Monsieur

en qualité de père mère représentant légal

certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que les documents joints et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à Bois-Colombes, le/...../.....

..... Signature :