



Fiche sécurité/ sanitaire de liaison (2024 / 2025)

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant : <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon		Date de naissance :	Classe :
Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Assurance (nom et numéro) :			
Parent 1 de l'enfant :			
Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Tel :			
Parent 2 de l'enfant :			
Nom :	Prénom :		
Adresse :			
Tel :			

Accueil :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accueil du matin | <input type="checkbox"/> Accueil du soir et/ou étude |
| <input type="checkbox"/> Restauration | <input type="checkbox"/> Accueil du mercredi |

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	o	u	i	n	o	n	n	Dernier rappel	o	u	i	n	o	n	Date

II - Renseignements médicaux :

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

PAI : oui non Description PAI : _____

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....

.....

Diphtérie					Hépatite B				
Tétanos					Rubéole				
Poliomyélite					Coqueluche				
ou DT polio					Autres (préciser)				
ou Tétracoq									
B.C.G.									

Joindre obligatoirement les photocopies du carnet de vaccinations (2 pages)

IV. – Droit au son et à l'image :

Je soussigné(e), (nom, prénom) _____ ,
responsable légal de l'enfant : _____ , autorise
le service Périscolaire de la commune de Thil à diffuser les photographies/vidéo/
bandes sonores prises lors du temps périscolaire représentant mon enfant, à
titre gratuit, selon les modes de diffusion de la mairie de Thil.

Autorisation consentie pour une durée de 10 ans. J'ai été informé que les
images et sons ne seront pas utilisés dans un but commercial et reconnais que
les utilisations ci-dessus énoncées ne portent pas atteinte à ma vie privée et ne
me portent pas préjudice

Date :

Signature :

No Pré Tél
m no éph

No Pré Tél
m no éph

No Pré Tél
m no éph

- Contact (s) :

Personne autoriser à venir chercher l'enfant (autre que les

VI – Décharge de responsabilité :

VII. – Autorisation des parents :

Je soussigné(e), (nom, prénom) _____ ,
responsable légal de l'enfant :

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et les sorties pratiquées par les services périscolaires de la ville de Thil
- Autorise le personnel d'encadrement à faire donner à mon enfant les soins que son état de santé pourrait nécessiter
- Autorise également le personnel d'encadrement, en cas d'urgence, à faire hospitaliser mon enfant
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les termes (obligatoire)

VIII.- Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom : Téléphone :

m :

Nom : Prénom : Téléphone :

m :

Nom : Prénom : Téléphone :

m :

Nom : Prénom :

Père Mère

Adresse :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) :

Je soussigné(e), (nom, prénom) _____ responsable
légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

A remplir uniquement si vous désirez autoriser votre enfant à quitter seul ou accompagné d'un mineur les services périscolaires (périscolaire, étude et mercredi)

Je soussigné(e), (nom, prénom) _____ ,
responsable légal de l'enfant : _____ ,

l'autorise :

A quitter la structure d'accueil périscolaire de la commune de Thil et à rentrer seul à son domicile.

A partir accompagné de :

Son frère mineur, nom/prénom : _____ ,

âge : _____

Sa sœur mineure, nom/prénom : _____ ,

âge : _____

Date :

Signature :