



**40 rue Nationale**  
**📞 : 03.20.86.48.04**  
**(fax) 03.20.86.69.12**

## **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

### **Restauration scolaire**

**Ce dossier est obligatoire.**

#### **L'enfant :**

<b>Nom et prénom:</b> .....
Classe et nom du professeur : .....
Date de naissance : .....
<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille

<b>Nom du père :</b> Prénom : Adresse : 📞 Domicile: 📞 Portable: 📞 Professionnel:	<b>Nom de la mère :</b> Prénom : Adresse : 📞 Domicile: 📞 Portable: 📞 Professionnel:
---	--

#### **Responsable légal de l'enfant :**

Père     Mère     Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

📞 Domicile:

📞 Portable:

📞 Professionnel:

N° allocataire CAF (Caisse Allocations Familiales) :

#### **Assurance (responsabilité civile)**

Nom de la compagnie :

N° de police :

Nom de la mutuelle et n° d'adhérent :

N° sécurité Sociale :

CPAM de :

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?

OUI

NON (1)

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice). AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

**Vaccinations** : (se référer au carnet de santé)

VACCINS obligatoires :	Oui	Non	Date des derniers rappels	VACCINS recommandés :	Oui	Non	Date des derniers rappels
Diphthérite			Le :	Hépatite B			Le :
Tétanos			Le :	Rubéole-Oreillons-Rougeole			Le :
Poliomyélite			Le :	Coqueluche			Le :
<u>Ou</u> DT polio			Le :	Autres (à préciser)			Le :
<u>Ou</u> Tétracoq			Le :				
BCG			Le :				

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

Maladies	Oui	Non	Maladies	Oui	Non
Rubéole			Scarlatine		
Varicelle			Coqueluche		
Angine			Otite		
Rhumatisme articulaire aigu			Rougeole		
Oreillons					

L'enfant a-t-il des allergies? :

	Oui	Non	Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir
Asthme			
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres			

- L'enfant est-il autorisé à manger de la viande de porc?

OUI

NON (1)

- L'enfant bénéficie-t-il d'un **P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) pour cette année scolaire ?

OUI

NON (1)

Si oui, veuillez fournir une photocopie du P.A.I

## INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES :

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

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

Précisez si votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires, semelles orthopédiques ... ?

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

## ACCIDENT OU INDISPOSITION:

En cas d'urgence, nous nous efforcerons de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Nous utiliserons pour cela les numéros de téléphone que vous nous avez indiqués.  
ATTENTION, tout changement de coordonnées téléphoniques doit nous être communiqué dans les plus brefs délais.

En cas d'accident ou de maladie, personnes à contacter en cas d'urgence et par ordre de priorité :

	Nom	Prénom	☎
1			
2			
3			
4			
5			

**Médecin traitant :**

Nom : Prénom : Adresse :	☎ :
--------------------------------	-----

**En cas d'accident grave** survenant à votre enfant pendant les NAP et les pauses méridiennes, autorisez-vous le personnel à prendre pour vous les mesures d'urgence qu'il estimera nécessaire ?

OUI

NON (1)

En cas de réponse négative, indiquer la marche à suivre :

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

**Pour les enfants repartant seuls de l'école, une demande écrite des parents doit être faite.**

Le référent se réserve le droit d'exclure immédiatement tout enfant dont la conduite laisserait à désirer.

En ce qui concerne la garderie, aucun enfant ne peut sortir seul.

**DROIT A L'IMAGE:**

Nous souhaitons réaliser des photos et des vidéos de vos enfants dans des pauses méridiennes.

Autorisez-vous les services municipaux à photographier votre enfant aux fins exclusives de la communication municipale (Prov'info, site internet de la ville...) ?

OUI                    NON (1)

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

Fait à Provin, le .....

Signature :

**(1) Barrer la mention inutile**