



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL PÉRISCOLAIRE ANNEE 2026/2027

Les informations demandées sont indispensables à la gestion des dossiers périscolaires et sont enregistrées par le service périscolaire suivant les recommandations de la CNIL.
Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée, j'autorise le service périscolaire à collecter mes données et reconnais que je dispose d'un droit d'accès et de rectification ainsi que d'opposition pour motifs légitimes. Pour accéder à mes données personnelles et exercer ces droits, il me suffit de contacter la Mairie par voie postale, e-mail, ou déposez un courrier sur place, auprès de la responsable du service. Je reconnais être informé(e) du droit de rectification, de mise à jour et de retrait de cette autorisation.

1- IDENTITÉ DE L'ENFANT.

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : FILLE ☐ GARÇON ☐

2 - VACCINATIONS (Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel?.....

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez

ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez

AUTRES

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

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

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

RESPONSABLE N°1 : NOM :PRÉNOM :

ADRESSE :
.....

TÉL. PORTABLE :TÉL. TRAVAIL :

RESPONSABLE N°2 : NOM :PRÉNOM :

ADRESSE :
.....

TÉL. PORTABLE :TÉL. TRAVAIL :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

*Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser.
En cas d'urgence médicale, le périscolaire contactera le SAMU ou les pompiers, qui prendront les dispositions nécessaires.*

Date :

Signature des parents :