



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM, Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Rentrée : **Classe :**

Représentant légal 1 :

Nom, Prénom

N° téléphone : courriel :

Représentant légal 2 :

Nom, Prénom

N° téléphone : courriel :

Autre personne à contacter en cas d'urgence si les responsables légaux ne sont pas joignables :

Nom, Prénom :

N° téléphone :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : O oui O non

Si oui, fournir une copie et contacter Sophie ROYER, responsable du service : periscolaire@correncon-en-vercors.fr

ALLERGIES	OUI	NON	CAUSES (ex : arachides, aspirine, foin...)
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Asthme			
Autres (à préciser)			

Signes évocateurs et conduite à tenir en cas de crise :

.....

.....

Médication périscolaire : Aucun médicament ne peut être administré sans ordonnance médicale

Rappel concernant la vaccination, sont obligatoires :

Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP)

Pour les enfants nés après le 1er janvier 2018, la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP), la coqueluche, les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b, l'hépatite B, les infections invasives à pneumocoque, le méningocoque de sérogroupe C, la rougeole, les oreillons et la rubéole

URGENCES MEDICALES :

O Je déclare avoir pris connaissance qu'il sera fait appel au SAMU qui prendra, le cas échéant, toutes mesures médicales (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date :

Signature :



FICHE D'AUTORISATION

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant nommé précédemment,

- ☐ autorise ☐ n'autorise pas mon enfant à sortir des locaux périscolaires dans le cadre d'activités
- ☐ autorise ☐ n'autorise pas le personnel communal à transporter mon enfant par navette
- ☐ autorise ☐ n'autorise pas la prise de vue de mon enfant dans un but d'affichage local

Autorise mon enfant à partir seul à la fin de l'accueil du soir (**uniquement pour les enfants de l'école élémentaire**) :

☐ oui ☐ non

Autorise les personnes nommées ci-dessous à venir récupérer mon enfant au périscolaire :

NOM Prénom	N° de portable	Lien avec l'enfant

Date :

Signature :