



RESTAURANT SCOLAIRE - GARDERIE PERISCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE

2025 - 2026

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(à renseigner pour chaque enfant)



ENFANT

NOM : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Ecole fréquentée : Classe :

LE RESPONSABLE LEGAL (1) (père – mère – tuteur)

NOM : Prénom :
Adresse :
 Domicile :  Portable : Travail :

Situation familiale : mariés / vie maritale / pacs / célibataire / divorcés / séparés/veuf (ve)

*(*rayer les mentions inutiles)*

LE RESPONSABLE LEGAL (2) (père – mère)

NOM : Prénom :
Adresse :
 Domicile :  Portable : Travail :

Situation familiale : mariés / vie maritale / pacs / célibataire / divorcés / séparés/veuf (ve)*

*(*rayer les mentions inutiles)*

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : Prénom :
Lien avec l'enfant :
 Domicile :  Portable :

- **Sté d'assurance scolaire (Responsabilité civile et garantie individuelle accident) – ATTESTATION A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER :**

VACCINATIONS

➤ Vaccin obligatoire (1) :

DT Polio : OUI NON Date du dernier rappel :

➤ Vaccin recommandés (1) :

BCG : OUI NON Date test BCG :

ROR : OUI NON Date du dernier rappel :



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes (1):

Rubéole :	OUI	NON	Varicelle :	OUI	NON
Coqueluche :	OUI	NON	Scarlatine :	OUI	NON
Rougeole :	OUI	NON	Oreillons :	OUI	NON

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil en précisant les dates et les précautions à prendre (épilepsie, asthme, diabète, ...) (1) :

OUI NON

Votre enfant a-t-il des réactions allergiques ? Si oui Les quelles ? (1) : OUI NON

En fonction des symptômes, un P.A.I. devra être mis en place.

Votre enfant suit-il un traitement médical ? (ordonnance à joindre) (1): OUI NON

Contre-indications à la pratique d'activités physiques :

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ? OUI NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Au cas où personne (parents ou tuteurs) ne pourrait être joint aux numéros indiqués, j'autorise les responsables de la garderie périscolaire et du restaurant scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

En cas d'hospitalisation par les secours publics, je note que mon enfant ne pourra pas être accompagné par un adulte de la garderie périscolaire ou du restaurant scolaire.

AUTORISATION DE SORTIE ACCOMPAGNEE (1) :



OUI



NON

J'autorise mon enfant à quitter la garderie ou le restaurant scolaire accompagné de (Nom, prénom, lien avec l'enfant) :

-
-
-
-

Le représentant légal n°1 : Je reconnais être le représentant légal 1

Le représentant légal n°2 : Je reconnais être le représentant légal 2

Bohars, le/...../.....

Signature des représentants légaux