



# RESTAURANT SCOLAIRE - GARDERIE PERISCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE

2026 - 2027

## 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