



FICHE DE LIAISON SANITAIRE ANNÉE SCOLAIRE _____

Photo enfant

SERVICE ÉDUCATION ENFANCE JEUNESSE

Cochez l'activité concernée :

- ALP (Accueil périscolaire Matin et Soir)
- ALSH (Centre de Loisirs mercredis et vacances scolaires)
- Etudes Surveillées

PAI* : OUI NON

AEEH* : OUI NON
AESH* : OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

École Fréquentée : Classe :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom du Père : N° Tél :

Nom de la Mère : N° Tél :

Adresse habituelle de l'enfant :

En cas d'urgence, **Nom et N° de téléphone d'une autre personne autre que les parents et lien avec l'enfant :**

Nom et N° de téléphone des personnes autorisées* à récupérer l'enfant et lien avec l'enfant :

1/

2/

3/

Droit à l'image (autorisation photos): OUI NON

Inscription au petit déjeuner en ALSH à l'année : OUI NON

L'enfant est à jour de ses vaccins

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Spécificité(s) particulière(s) liée(s) à la santé de l'enfant :

Précautions à prendre :

L'enfant a-t-il des allergies ?

Alimentaires OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Autres OUI NON préciser

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Autres renseignements utiles à l'accueil de l'enfant :

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier : OUI NON

Si oui, lequel :

Le Médecin traitant : Tél :

* AESH: Accompagnant d'élève en Situation de Handicap

* AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

* PAI : Projet d'Accueil Individualisé

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom

Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce document et autorise le responsable de la structure accueillante à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à le

Signature obligatoire (suivie de la mention « lu et approuvé »)

Garde alternée

Mère :

Nom : Prénom

Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce document et autorise le responsable de la structure accueillante à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à le

Signature obligatoire (suivie de la mention « lu et approuvé »)

Père :

Nom : Prénom

Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce document et autorise le responsable de la structure accueillante à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à le

Signature obligatoire (suivie de la mention « lu et approuvé »)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont nécessaires au traitement de votre dossier du personnel par la Mairie de Bollène. Elles sont susceptibles d'être transmises aux différents services habilités de la collectivité et aux organismes dûment agréés et habilités. Elles sont conservées le temps de la gestion, du traitement et du suivi de votre dossier. Conformément à la loi « informatique et libertés de 1978 modifiée et au règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en contactant la CNIL : www.cnil.fr

