

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021



## 1 – ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Garçon  Fille



Ecole : Centre  Gripari  Giffre  Extérieur  Précisez : .....

Classe : ..... Nom de l'enseignant : .....

## 2 – RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

	MERE	PERE
Nom Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Tél. professionnel		
Employeur		
Courriel (obligatoire)		

## 3- PERSONNES AUTORISEES À RECUPERER L'ENFANT A LA SORTIE DU CENTRE

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

## 4 – CAF / ASSURANCES

N° allocataire (CAF) Autorise(ons) l'Association Marnymômes à utiliser le service de CAF pro pour obtenir le quotient familial	
Nom de la <b>mutuelle</b> de l'enfant N° de contrat Adresse	..... ..... .....
Nom de la <b>responsabilité civile</b> de l'enfant N° de contrat Adresse	..... ..... .....

## 5 – DOCUMENTS A FOURNIR

- *Attestation de quotient familial* délivrée par la CAF ou *avis d'imposition* si vous n'êtes pas affiliés.  
**Sans justificatif, c'est la ligne tarifaire dont le QF est le plus élevé qui sera appliquée.**

## 6 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? OUI  NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) ainsi qu'une autorisation parentale pour la prise du (des) médicaments.

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et l'autorisation parentale.**

**ALLERGIES :** Asthme OUI  NON  Médicamenteuses OUI  NON   
 Alimentaire OUI  NON  Autres.....

Si l'enfant présente une allergie aux aliments, un **protocole d'accueil individualisé (PAI)** doit être mis en place avec Marnymômes et l'établissement scolaire.

Veuillez contacter le Centre Médico scolaire : 398, avenue de Staufen 74130 Bonneville Tél. : 04.50.97.53.14

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR  
 (si automédication, le signaler)**

.....  
 .....

**Indiquer ci-après :**

Les **difficultés de santé** (antécédents pathologiques, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation ...), en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....  
 .....

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

L'enfant bénéficie d'un **projet d'accueil individualisé handicap** OUI  NON  et / ou de l' **A.E.E.H.**  
 (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) OUI  NON

**7 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

<b>VACCIN OBLIGATOIRE</b>	<b>Date du dernier rappel</b>
DT POLIO	

Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication.

**8 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

Précisez : .....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Précisez : .....

**9 – AUTORISATIONS**

- Je (nous) soussigné(e)(s) autorise(ons) l'enfant désigné sur cette fiche sanitaire à quitter seul les accueils de Marnymômes à la fin des activités ci-dessous (valable uniquement pour les primaires) :

ACCUEIL PERISCOLAIRE		ACCUEIL DE LOISIRS	
OUI	NON	OUI	NON

- Je (nous) soussigné(e)(s) autorise(ons) l'Association Marnymômes à utiliser pleinement et de façon illimitée l'image de l'enfant désigné sur cette fiche à des fins essentiellement pédagogiques et d'information sans pouvoir prétendre à une quelconque rémunération :  OUI  NON

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur ou les personnes mandatées par lui à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je (nous) soussigné(e)(s) reconnais(sons) avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepte(ons) dans son intégralité.

Fait le ....., à .....

Signature(s) des parents ou du tuteur légal  
 Précédée(s) de la mention « lu et approuvé »



## FICHE DE RESERVATION ANNUELLE 2020/2021

**Si votre enfant est amené à utiliser régulièrement l'un des différents services de l'Association Marnymômes, vous avez la possibilité de compléter ce document pour effectuer l'inscription sur l'année scolaire.**

Nom et prénom de l'enfant : .....

**Classe :** ..... **Ecole :** .....

Je souhaite inscrire mon enfant à la **RESTAURATION SCOLAIRE** sur toute l'année scolaire :

OUI  NON

**Réservations :**

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Je souhaite inscrire mon enfant à l'**ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN** sur toute l'année scolaire :

OUI  NON

**Réservations :**

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Je souhaite inscrire mon enfant à l'**ACCUEIL PERISCOLAIRE DU SOIR** sur toute l'année scolaire :

OUI  NON

**Réservations :**

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Je souhaite inscrire mon enfant à l'**ACCUEIL DE LOISIRS LES MERCREDIS** sur toute l'année scolaire :

OUI  NON

**Réservations :**

Journée avec repas	Matin avec repas	Matin sans repas	Après-midi avec repas	Après-midi sans repas

Fait à....., le.....

Signature du responsable légal de l'enfant,