



Fiche Sanitaire et de liaison périscolaire

ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

Groupe Scolaire Richardménil
Agrément Jeunesse & Sports

Vos interlocuteurs

Accueil de la Mairie : accueil1@richardmenil.fr
03 83 25 62 59

Service périscolaire : Nicolas DAVILLERS – Directeur des services Périscolaires
jeunesse2@richardmenil.fr
03 83 25 75 69 – en cas d'absence, nous vous invitons à laisser un message

Niveau Scolaire de l'enfant

Nom et Prénom de l'enfant

Né(e) le/...../.....

1/ RESPONSABLES DE L'ENFANT

REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2
NOM	NOM
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
Tél Portable	Tél Portable
Tél Professionnel	Tél Professionnel
Mail lisible	Mail lisible

2/ VACCINATIONS (indiquez dates de vaccination ou dernier rappel) ou photocopie carnet de santé.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R O R	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoque					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION, LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.



3/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant sans ordonnance et autorisation signée de votre part.**

L'enfant est-il allergique ? oui non

Allergies : asthme médicamenteuses alimentaires

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

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

.....
.....
.....
.....

4/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant est-il éligible à une allocation AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé) :
oui non

Régime alimentaire particulier

.....
.....
.....
.....

Si l'enfant présente des troubles alimentaires, il revient aux parents de prendre contact avec les services périscolaires afin d'étudier la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**.

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

Précisez :
.....
.....
.....
.....



5/ AUTORISATION DE SORTIES DU PÉRISCOLAIRE

Je soussigné(e) nom, prénom :

Agissant en qualité de responsable légal (e) de l'enfant :

Nom :

Prénom :

J'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

	NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	Si mineur(e), apposez votre signature
1					
2					
3					
4					

Observations particulières :

Merci de signaler à ces personnes autorisées de se munir d'une pièce d'identité lorsqu'ils viendront récupérer votre enfant.

Pour les enfants des **classes élémentaires uniquement**, autorisez-vous une personne mineure à venir chercher votre enfant ?

oui non **Si oui, apposez votre signature** à côté de chaque nom indiqué dans le tableau complété

j'autorise mon enfant à quitter seul les services périscolaires et ce, uniquement à l'issue du ou des créneaux auxquels il est inscrit, soit 17h30 ou 18H30. Aucune sortie n'est autorisée pendant une heure d'accueil.

6/ DÉCHARGE

Je soussigné(e) (nous soussignés) décharge(ons) le personnel de toutes responsabilités en cas de reprise de mon enfant **avant la fin du temps de garde périscolaire** ou de **restauration scolaire**. Cette décharge est valable pour toute l'année scolaire en cours.

Signature représentant légal 1

Signature représentant légal 2

--	--



7/ AUTORISATION DE L'IMAGE

Afin de **valoriser le travail et les projets des enfants**, j'autorise (nous autorisons) la reproduction et la diffusion de photographies et de vidéos, de mon (notre) enfant, réalisées dans le cadre du périscolaire et ne portant pas atteinte à sa réputation ou à sa vie privée :

oui non

Je soussigné(e), nous soussignons

.....

responsable(s) légal(aux) de l'enfant, déclare(ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(ons) le responsable de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature représentant légal 1

Signature représentant légal 2

--	--

