

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ garçon ☐ fille ☐

Elémentaire : CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ ULIS ☐ _____

Les Grillons : ☐ La Croisette : ☐ Petits ☐ Moyens ☐ Grands ☐

Plannings de réservation

Garde alternée : ☐ => semaine du père : {paire*
impaire*} semaine de la mère : {paire*
impaire*}

**Rayez les mentions inutiles*

	Garderie du matin	Cantine	Maternelles : Garderie du soir 16h15-18h30	La Neuve : Etudes Surveillées 16h20-17h20	La Neuve : Garderie du soir 16h20-17h30	La Neuve : Garderie du soir 17h30-18h30
du						
au						
Semaine paire	Lundi	Lundi	Lundi	Lundi	Lundi	Lundi
	Mardi	Mardi	Mardi	Mardi	Mardi	Mardi
	Jeudi	Jeudi	Jeudi	Jeudi	Jeudi	Jeudi
	Vendredi	Vendredi	Vendredi	Vendredi	Vendredi	Vendredi

du						
au						
Semaine impaire (si différence de la semaine paire)	Lundi	Lundi	Lundi	Lundi	Lundi	Lundi
	Mardi	Mardi	Mardi	Mardi	Mardi	Mardi
	Jeudi	Jeudi	Jeudi	Jeudi	Jeudi	Jeudi
	Vendredi	Vendredi	Vendredi	Vendredi	Vendredi	Vendredi

Précisions et cas particuliers

Repas sans porc : ☐ Repas fournis (PAI) : ☐ Allergie alimentaire (détail au dos) : ☐

Mon enfant d'âge primaire est autorisé à quitter seul l'accueil périscolaire :

Les enfants d'âge maternel ne peuvent avoir cette autorisation

{ OUI ☐
NON ☐

Observations, remarques

Nom du signataire : _____

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (Code de l'Action Sociale et des Familles)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la présence de l'enfant, qui pourront servir en cas d'urgence médicale. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Nom : _____ Prénom : _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

Vaccins obligatoires Art. R. 3111-8.I Code de la Santé Publique	OUI	NON	Date de la dernière prise	Vaccins obligatoires (suite)	OUI	NON	Date de la dernière prise
DTP-coq -Hépatite B (Hexyon, Infanrix...) (Tetravac, Boostrix, Repevax...)				Méningocoque C (Neisvac, Meningitec....)			
Pneumocoque (Prévenar, Pneumovax...)				ROR (Priorix, MMR Vax...)			

**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.**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical quotidien ? 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) et remplir le formulaire spécifique.

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ* SANS ORDONNANCE.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : _____

* Il est rappelé que l'administration de médicament est un acte professionnel, dont la pratique est exclusivement réservée au titulaire d'un diplôme ou certificat exigé pour l'exercice de la profession de médecin (art L4111-1, L4311-1 du code de la santé publique). Conformément à l'article 6 du règlement de fonctionnement des accueils périscolaires, le personnel de l'accueil périscolaire n'étant pas habilité à administrer des médicaments, il est fortement conseillé que la prise de médicament soit prescrite par le médecin en dehors des temps d'accueils périscolaires.

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

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

INDIQUEZ CI-APRÈS (AU BESOIN AJOUTEZ UN COURRIER DESCRIPTIF) :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre, ainsi que toutes recommandations utiles :