



SERVICES PERISCOLAIRES

GARDERIE - RESTAURATION

FICHE DE LIAISON 2018/2019

Cette fiche est **OBLIGATOIRE**. Elle permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil de votre enfant dans le cadre des activités périscolaires, de la garderie périscolaire et du restaurant scolaire.

1 – ENFANT :

SEXE : Garçon Fille

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Classe fréquentée :

2 – VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires*	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

* Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

a) L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angines Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatismes articulaires aigus Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otites Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

b) L'enfant présente-t-il des allergies :

Alimentaires : Oui Non Médicamenteuses : Oui Non Autres : Oui Non

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

.....

.....

L'enfant est-il **Asthmatique** : Oui Non

L'enfant suit-il un **traitement médical spécifique** : Oui Non

Aucun médicament ne peut être administré, sous quelque forme que ce soit par le personnel.

*Si vous avez répondu Oui, à l'une ou plusieurs de ces questions prendre contact avec la coordinatrice responsable pour la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé**.*

c) L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires,... : Oui Non

Si oui précisez :Doit-il les porter en permanence : Oui Non

d) Autres difficultés de santé et recommandations (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation, etc.) . **Précisez les dates et les précautions à prendre :**

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

5 – MEDECIN TRAITANT :

Nom et numéro de téléphone :

En cas de **blessures légères**, le personnel peut donner des soins très simples (nettoyage de plaies à l'eau tiède et au savon de Marseille, pose de pansements,...)

En cas **d'évènement graves**, accidentels ou non, compromettant la santé de l'enfant, le personnel le confie au SAMU, afin qu'il soit conduit au Centre Hospitalier.

Le responsable légal de l'enfant est immédiatement informé selon les coordonnées téléphoniques indiquées ci-dessous

4 –RESPONSABLE DE L'ENFANT:

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. Domicile : Tél. travail :

Portable Mère : Portable Père :

N° de sécurité sociale :

Nom et adresse de la caisse d'assurance maladie :

.....

5 – PROCURATION : (Enfant de moins de 6 ans)

L'enfant de moins de six ans ne peut pas sortir seul des activités périscolaires ou de la garderie périscolaire. La sortie se fait aux heures suivantes : **17H** pour les activités périscolaires, **16H30** ou **18H** pour la garderie périscolaire.

La seule personne autorisée à récupérer l'enfant est son représentant légal. Ce dernier peut désigner ci-dessous une ou plusieurs **personnes adultes** pour venir chercher l'enfant en son absence.

Nom Prénom	N° téléphone	Nom Prénom	N°téléphone

6 – DECHARGE DE RESPONSABILITE : (Enfant de plus de 6 ans)

J'autorise mon enfant à quitter les activités périscolaires ou la garderie périscolaire sans la présence d'un adulte :

Oui Non

Si Non, j'autorise les personnes adultes désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant.

Nom Prénom	N° téléphone	Nom Prénom	N°téléphone

7 – ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : Fournir l'attestation d'assurance pour la période du 01/09/2016 au 31/08/2017

Non de la compagnie d'assurance :

N° de Contrat :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'ai pris note que :

- si la santé de l'enfant est compromise ou mise en péril, le personnel confie l'enfant au SAMU, afin d'être conduit au Centre Hospitalier ;

- si aucun adulte ci-dessus désigné ne vient récupérer mon enfant aux heures de sortie des activités périscolaires, il sera confié automatiquement à la garderie jusqu'à 18H maximum.

J'autorise – je n'autorise (1) pas la prise de photos ou de vidéos de mon enfant dans le cadre des activités périscolaires, de la garderie périscolaire ou du restaurant scolaire.


Je m'engage à rembourser la Mairie des frais médicaux éventuellement avancés par elle.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur qui m'a été remis lors de l'inscription de mon enfant.

Date :.....

Signature

(1) rayer la mention inutile

 En cas de modification de l'état de santé de l'enfant ou de la liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant, le représentant légal est tenu d'en informer la coordinatrice responsable, le plus rapidement possible, afin qu'elle puisse prendre les dispositions nécessaires.