

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueils périscolaires- Service Education

Mairie de Villeneuve-de-Berg

Année scolaire 2026-27

NOM :

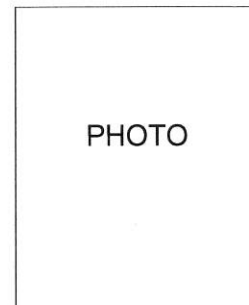
PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

N° Assurance scolaire (joindre l'attestation) :



## 1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). PHOTOCOPIES OBLIGATOIRES

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
DT POLIO (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, L'Haemophilus influenzae b et l'hépatite B)				BCG	
Infections Pneumocoque				AUTRES	
Méningocoque					
ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)					

## 2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'école, à l'accueil périscolaire ? 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**) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

P.A.I (projet d'accueil individualisé) oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Régime Alimentaire : oui  non  si oui lequel : ..... **Troubles Alimentaires** : .....

A titre indicatif 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"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ 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"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

.....

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT : .....

## 3- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant AUTRES

RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire) .....

Nom :  
Prénom :  
Classe :

### 3 – AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives organisées par le Service Education : oui  non

J'autorise le transport en véhicule de service et car de location de mon enfant par le Service Education : oui  non

J'autorise le Service Education à prendre mon enfant, en photo, à réaliser un film : oui  non

J'autorise le Service Education à utiliser ces images et vidéos sur les pages internet consacrées aux accueils périscolaires communaux, sur les supports d'informations relatifs à la promotion des activités périscolaires (Facebook, Dauphiné...) : oui  non

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus. Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux fichiers établis est garanti de même que le droit de retrait.

### 4 -RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	
TÉL. FIXE DOMICILE :	TÉL. FIXE PRO :
TÉL. PORTABLE PERSO. :	TÉL. PORTABLE PRO :
Si garde alternée merci de préciser : Semaine Paire <input type="checkbox"/> Impaire <input type="checkbox"/>	
Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur. Tout changement en cours d'année sera signalé à l'équipe de direction de l'accueil périscolaire.	
Date :	Signature :

NOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	
TÉL. FIXE DOMICILE :	TÉL. FIXE PRO :
TÉL. PORTABLE PERSO. :	TÉL. PORTABLE PRO :
Si garde alternée merci de préciser : Semaine Paire <input type="checkbox"/> Impaire <input type="checkbox"/>	
Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur. Tout changement en cours d'année sera signalé à l'équipe de direction de l'accueil périscolaire.	
Date :	Signature :

### 5. Autre Personne à Contacter en cas d'URGENCE

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
LIEN DE PARENTE (OU AUTRES) \_\_\_\_\_  
TÉL. FIXE DOMICILE : \_\_\_\_\_ TÉL. FIXE PRO : \_\_\_\_\_  
TÉL. PORTABLE PERSO. : \_\_\_\_\_ TÉL. PORTABLE PRO : \_\_\_\_\_