

# Fiche sanitaire de liaison

1 fiche par enfant mineur - valable pour tous les services

## Renseignements généraux de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

Adresse : \_\_\_\_\_

École fréquentée à la rentrée scolaire (si elle est connue au moment de l'inscription) : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Nom père : \_\_\_\_\_ Prénom père : \_\_\_\_\_ Nom mère : \_\_\_\_\_ Prénom mère : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail du payeur: \_\_\_\_\_

Tél. père domicile : \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_

Tél. mère domicile : \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_

En cas de divorce ou séparation, parent ayant la garde de l'enfant : \_\_\_\_\_

Structure(s) à laquelle/auxquelles j'inscris mon enfant :  Accueil de Loisirs  Accueil Périscolaire (sauf école Saint Louis)  
 Multi-Accueil (1)  Maison des Jeunes

## Renseignements médicaux

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

DT Polio : 1<sup>ère</sup> injection \_\_\_\_\_ 2<sup>ème</sup> injection \_\_\_\_\_ 3<sup>ème</sup> injection \_\_\_\_\_

Dernier rappel \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? Cochez la ou les cases correspondantes

Rougeole  Rubéole  Varicelle  Oreillons  Otites  Coqueluche  Scarlatine  Angines

Date du vaccin Rougeole-oreillons-rubéole (recommandé) : \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il :  d'asthme  d'allergies alimentaires  d'allergies médicamenteuses

A-t-il un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) :  Oui, année : \_\_\_\_\_  Non

En cas de traitement médical, d'allergie ou d'intolérance alimentaire, les familles inscrivant leur enfant à la restauration municipale doivent demander la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) auprès du Directeur de l'école, ou auprès du médecin pour une inscription au Multi-accueil.

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

Précisez ici les autres difficultés de santé ou autres recommandations nécessaires au bon accueil de votre enfant : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

## Décharge médicale, pour toutes les structures

Je soussigné \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, autorise les responsables des structures municipales à prendre toute décision jugée utile devant une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale, nécessitant une anesthésie générale prescrite par le corps médical, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

## Autorisation supplémentaire pour le Multi-Accueil :

Je soussigné \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

autorise  n'autorise pas le personnel diplômé, sous la responsabilité du Directeur de la structure municipale, à administrer les médicaments prescrits par le médecin de notre enfant, sur présentation de l'ordonnance en cours de validité.

## Signature des parents :

Lu et approuvé, le : .....

(1) : Crèche / Halte-garderie pour les 0 - 3 ans

# Autorisations

**Droit à l'image** :  J'autorise  Je n'autorise pas

La Ville de Thouaré-sur-Loire à prendre mon enfant en photo et à exploiter les photos prises au cours des activités municipales, sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, dans les publications municipales et sur [www.thouare.fr](http://www.thouare.fr).

## Autorisations de sortie

• Accueil Périscolaire (à partir du CP)

J'autorise  Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul après l'Accueil Périscolaire, à partir de \_\_\_h.

• Accueil de Loisirs (à partir du CP)

J'autorise  Je n'autorise pas mon enfant à quitter l'Accueil de Loisirs, seul, dès \_\_\_h.

• Maison des Jeunes (11/15 ans)

Pendant les horaires d'ouverture, j'autorise mon enfant à entrer et sortir seul à tout moment :

Oui  Non

Si non, merci de voir avec l'équipe d'animation.

• Multi-Accueil :  J'autorise  Je n'autorise pas le personnel du Multi-Accueil à accompagner mon enfant en sortie, à pied ou en poussette, à Thouaré-sur-Loire uniquement. Pour toute autre sortie, un accord préalable sera demandé aux parents.

## Contacts (autre que les parents)

• Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant\* à préciser : \_\_\_\_\_

J'autorise cette personne à :  venir chercher mon enfant  être prévenu en cas d'urgence

• Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant\* à préciser : \_\_\_\_\_

J'autorise cette personne à :  venir chercher mon enfant  être prévenu en cas d'urgence

\* Prévenir le personnel par téléphone en cas d'imprévu.

En cas de divorce / séparation, le parent n'ayant pas la garde de l'enfant (  Père  Mère ) a-t-il l'autorisation de venir chercher l'enfant à la sortie de l'école ou de la structure municipale ?  oui  non

**Merci de bien vouloir fournir la copie du jugement.**

## Autorisations valables pour toute inscription

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures auxquelles j'inscris un membre de ma famille et je m'engage à le respecter. Je déclare avoir pris connaissance des horaires et des conditions de réservation et de prise en charge de mon enfant et les accepter. Dans le cas contraire, je reconnais être informé sur d'éventuelles sanctions.

Je décharge la Ville de Thouaré-sur-Loire de toutes responsabilités en cas de détérioration, perte ou vol d'objets personnels de valeur.

Je déclare sur l'honneur, exacts les renseignements indiqués dans ce Document Unique d'Inscription et je m'engage à informer les services municipaux de tout changement intervenant dans ma situation, qu'il soit d'ordre familial, de domicile, d'employeur, de revenu, de domiciliation bancaire ou de Quotient Familial.

## Signature des parents :

Lu et approuvé, le : .....