

**FICHE DE LIAISON**  
**ANNÉE 2025-2026**  
**ECOLE & ACCUEILS PÉRISCOLAIRES**

**ENFANT**

NOM : .....Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT**

**RESPONSABLE LÉGAL 1 :**

NOM : .....Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél fixe : .....Tél portable : .....  
Tél bureau : .....Mail : .....

**RESPONSABLE LÉGAL 2 :**

NOM : .....Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél fixe : .....Tél portable : .....  
Tél bureau : .....Mail : .....

**PERSONNES DE CONFIANCE AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT**

NOM et Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

**AUTORISATIONS**

Autorisez-vous :

- Votre enfant à sortir seul des accueils périscolaires (uniquement pour les enfants âgés de 8 ans et plus).  
Oui  Non
- La Commune, dans le cadre des activités périscolaires, à photographier et utiliser gracieusement l'image de votre enfant dans les supports de communication municipaux (journal municipal, site internet, ...)  
Oui  Non

**RESTAURATION**

– Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ?

Non  Sans porc  Végétarien  Panier repas (PAI)

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : NOM et Prénom : ..... Tél : .....

<b>VACCINATIONS</b>						
Obligatoires	Oui	Non	Recommandées	Oui	Non	En l'absence de vaccins obligatoires, cochez la case ci-après <input type="checkbox"/> Je reconnais que mon enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires et je déclare posséder un certificat médical de contre-indication
Diphthérie			Hépatite B			
Tétanos			ROR			
Poliomyélite			Coqueluche			
Ou DT Polio			BCG			
Ou Tétracoq			Méningite			
<b>MALADIES INFANTILES déjà contractées par l'enfant</b>						
	Oui	Non		Oui	Non	Autres maladies infantiles :
Rubéole			Oreillons			
Varicelle			Coqueluche			
Rougeole			Scarlatine			
<b>ALLERGIES</b>						
	Oui	Non	Si oui, précisez :			
Asthmes – respiratoires						
Alimentaires						
Médicamenteuses						
Autres allergies						
<b>APPAREILLAGES</b>						
	Oui	Non		Oui	Non	Autres appareillages :
Lunettes			Prothèses auditives			
Lentilles de contact			Prothèses dentaires			
<b>PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ</b>						
	Oui	Non	Si oui, précisez :			
Protocole d'accueil individualisé PAI						

Autres recommandations utiles nécessitant une surveillance particulière de votre enfant :

.....  
.....

**Attention : aucun médicament ne sera administré à votre enfant en dehors d'un PAI.**

Les responsables légaux certifient l'exactitude des renseignements donnés dans cette fiche.  
Ils autorisent les responsables des sites à accéder à ces informations.

Toute participation à un accueil périscolaire vaut acceptation du règlement.

Date : .....

Signatures (Responsables 1 et 2) :

**Fournir en mairie**

**Attestation d'assurance scolaire/périscolaire**