

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 :

| VACCINATIONS | | | | | | |
|---|-----|-----|---------------------|-----|-----|--|
| 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 | | | |
| MALADIES INFANTILES déjà contractées par l'enfant | | | | | | |
| | Oui | Non | | Oui | Non | Autres maladies infantiles : |
| Rubéole | | | Oreillons | | | |
| Varicelle | | | Coqueluche | | | |
| Rougeole | | | Scarlatine | | | |
| ALLERGIES | | | | | | |
| | Oui | Non | Si oui, précisez : | | | |
| Asthmes – respiratoires | | | | | | |
| Alimentaires | | | | | | |
| Médicamenteuses | | | | | | |
| Autres allergies | | | | | | |
| APPAREILLAGES | | | | | | |
| | Oui | Non | | Oui | Non | Autres appareillages : |
| Lunettes | | | Prothèses auditives | | | |
| Lentilles de contact | | | Prothèses dentaires | | | |
| PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ | | | | | | |
| | 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