

## FICHE SANITAIRE (1 par enfant) – DE SEPTEMBRE 2026 À AOÛT 2027

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant. Elle nous permet d'agir efficacement en cas de problème. Nous vous remercions de bien vouloir compléter très précisément ce document.

### 1 - L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Dépt : |\_|\_|\_|

### 2 – LE RESPONSABLE LÉGAL

|            | Responsable 1                                                                                                                                                                         | Responsable 2                                                                                                                                                                         |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom-Prénom | M. Mme .....<br><input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : _____<br><input type="checkbox"/> Mère<br><input type="checkbox"/> ..... | M. Mme .....<br><input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : _____<br><input type="checkbox"/> Mère<br><input type="checkbox"/> ..... |
| Adresse    | .....<br>.....<br> _ _ _ _  .....                                                                                                                                                     | .....<br>.....<br> _ _ _ _  .....                                                                                                                                                     |
| Téléphones | Dom. :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <br>Port. :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <br>Prof. :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _                                                     | Dom. :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <br>Port. :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <br>Prof. :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _                                                     |

### 3 – LA SANTÉ

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Nom du médecin traitant : ..... Tél : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Votre enfant a-t-il des **allergies** (alimentaires, médicamenteuses, autres ...) ? ☐ OUI\* ☐ NON

\* Si oui, Lesquelles : .....  
 .....  
 .....

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

Votre enfant fait-il partie d'un **Protocole d'Accueil Individualisé** ? ☐ OUI\* ☐ NON

\* Si oui, joindre obligatoirement les documents nécessaires pour sa prise en charge.

Votre enfant suit-il un **régime alimentaire** ? régime sans porc : ☐ OUI ☐ NON végétarien : ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant suit-il un **traitement médical** ? ☐ OUI\* ☐ NON

\* Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte avec la notice des médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant)



**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

Veuillez indiquer si votre enfant a des **difficultés de santé** (maladies, accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

Veuillez indiquer si votre enfant porte : ☐ des lunettes ☐ des lentilles  
☐ des prothèses dentaires ☐ des prothèses auditives  
☐ autres, précisez.....

**Recommandations particulières** (retrait de lunettes en cas de sport, appareil dentaire...) : .....

## 4 – AUTORISATIONS

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

- ☐ Autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- ☐ Autorise mon enfant à participer aux diverses activités organisées par l'Accueil périscolaire.
- ☐ M'engage à ce que mon enfant ait un comportement correct et respectueux.
- ☐ M'engage à prévenir la direction en cas d'absence de mon enfant.
- ☐ M'engage à régler l'intégralité des frais m'incombant.
- ☐ Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire, l'accepte et m'engage à le respecter.
- ☐ M'engage à accompagner mon enfant jusque dans l'enceinte de l'Accueil périscolaire le matin et à venir le récupérer dans les locaux le soir.
- ☐ Autorise seulement les **personnes habilitées ci-dessous** à récupérer mon enfant le soir. Ces dernières seront munies d'une pièce d'identité et âgées de 18 ans révolus (sauf dérogation auprès de la direction de l'accueil).



**En aucun cas, mon enfant rentre seul à mon domicile de l'Accueil périscolaire.**

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_



**Toute personne non inscrite sur cette liste, se présentant à l'accueil, se verra refuser le départ avec l'enfant**  
(sauf autorisation écrite préalable du responsable légal)

- ☐ Autorise l'utilisation par l'association LA LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT ou la commune pour sa communication, des photos et films pris lors des animations sur lesquelles pourrait figurer mon enfant pour la :
  - ☐ Publication dans les bulletins municipaux
  - ☐ Publication sur le site de la mairie
  - ☐ Publication sur le site internet de l'association LA LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT.
  - ☐ Publication dans le rapport d'activité l'association LA LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT.
  - ☐ Publication sur la facebook de LA LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT.

Fait à : .....

Signature du responsable légal :

Le : .....