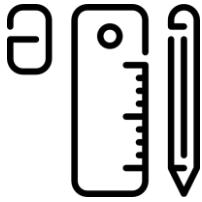


FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2025/2026



ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE et LIEU DE NAISSANCE : _____

ÉCOLE et CLASSE : _____

GARCON FILLE

Toutes les rubriques du tableau ci-dessous sont à compléter obligatoirement.

FAMILLE

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM		
PRÉNOM		
DATE et LIEU DE NAISSANCE		
ADRESSE POSTALE L'enfant habite à cette adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lien avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Tutrice	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/Tutrice
SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé
GARDE ALTERNÉE <i>Si oui, remplir une fiche par parent.</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
N° SÉCURITÉ SOCIALE		
N° ALLOCATAIRE	<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA
	N° d'allocataire : _____	
N° TÉLÉPHONE FIXE et PORTABLE		
ADRESSE MAIL		
PROFESSION (Catégorie Socio-professionnelle)*		
EMPLOYEUR		
N° TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL		

*Voir liste jointe au dos

SANTÉ			
MÉDECIN et SPÉCIALITÉ			COORDONNÉES (adresse et téléphone)
AUTORISATION HOSPITALISATION	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Établissement : CHU <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Laquelle :
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
RÉGIME ALIMENTAIRE	Commentaires :		
	Asthme <input type="checkbox"/> Médicamenteuses <input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> BENEFICIAIRE AEEH oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>		
ALLERGIES OU TRAITEMENT MEDICAL PAI à fournir	Conduite à tenir :		

MALADIES	OUI	NON	COMMENTAIRES
COQUELUCHE			
OREILLONS			
OTITE			
ROUGEOLE			
RUBEOLE			
SCARLATINE			
VARICELLE			
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			
Commentaires :			
VACCINS	OUI	NON	DATES DE RAPPEL
DT POLIO			
ROR			
MENINGITE			
COQUELUCHE			
TETRACOQ			
RECOMMANDATIONS UTILES			
Commentaires :			

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES - Votre enfant porte-t-il ?

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)



AUTORISATIONS	Accueil périscolaire matin et soir		ALSH mercredi ALSH vacances		Espace Jeunesse <i>Conditions pour le fréquenter : avoir 10 ans et être en CM2</i>		ECOLE	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives								
J'autorise mon enfant à participer aux sorties et prendre différents moyens de transports (minibus, car, train)								
J'autorise mon enfant à participer aux transports à pieds pour les activités liées à la structure								
J'autorise la prise de photos ou vidéos et à la diffusion de l'image de mon enfant (affichage, site internet, bulletin municipal, presse local, Facebook de la commune, Instagram et Facebook de l'EJ...)								
J'autorise mon enfant à sortir seul								
Souhaitez-vous que votre enfant participe à l'étude du soir								

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT

Nom et Prénom	N° de téléphone	Lien de parenté	Sortie	Urgence
1.				
2.				
3.				
4.				

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ?

Nom et Prénom	Date de naissance	Lieu de scolarisation	Sortie	Urgence
1.				
2.				
3.				
4.				

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du service périscolaire ou du directeur de la structure.

Merci de fournir les éléments suivants :

- Copie des vaccinations
- Attestation d'assurance scolaire péri/extrascolaire
- Attestation de quotient familial
- Jugement de divorce / séparation statuant sur la garde de l'enfant et l'autorité parentale

Fait à :

Le :

Lu et approuvé, j'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations.

J'accepte de communiquer mon adresse courriel aux associations de parents d'élève

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal

Liste des professions et des catégories socio-professionnelles

Code (*)	Libellé
AGRICULTEURS EXPLOITANTS	
10	Agriculteurs exploitants
ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE	
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES	
31	Professions libérales
33	Cadres de la fonction publique
34	Professeurs, professions scientifiques
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES	
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
44	Clergé, religieux
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
46	Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
EMPLOYÉS	
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
53	Policiers et militaires
54	Employés administratifs d'entreprises
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers
OUVRIERS	
62	Ouvriers qualifiés de type industriel
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
64	Chauffeurs
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
69	Ouvriers agricoles
RETRAITÉS	
71	Retraités agriculteurs exploitants
72	Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise
74	Anciens cadres
75	Anciennes professions intermédiaires
77	Anciens employés
78	Anciens ouvriers
AUTRES PERSONNES SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
83	Militaires du contingent
84	Elèves, étudiants
85	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)
86	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)

(*) Code de la profession ou de la catégorie socio-professionnelle à reporter dans la fiche de renseignements