

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****1-ENFANT**

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de Naissance : _____

Classe : _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles, durant le temps de présence de votre enfant dans nos locaux, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux de l'enfant).

Je soussignée _____ atteste sur l'honneur que mon enfant _____ est à jour et répond à la vaccination en vigueur en date du 1^{er} septembre 2025

Attention : le vaccin antitétanique ne représente aucune contre-indication.

3-RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ☐ _____
Non ☐ _____

En aucun cas, le personnel n'est autorisé à administrer un traitement médical quel qu'il soit
(Article L4111-1 du code de la santé publique).

<u>Rubéole</u> Oui ☐ Non ☐	<u>Varicelle</u> Oui ☐ Non ☐	<u>Angine</u> Oui ☐ Non ☐	<u>Rhumatisme</u> Oui ☐ Non ☐	<u>Scarlatine</u> Oui ☐ Non ☐
<u>Coqueluche</u> Oui ☐ Non ☐	<u>Otite</u> Oui ☐ Non ☐	<u>Rougeole</u> Oui ☐ Non ☐	<u>Oreillons</u> Oui ☐ Non ☐	

ALLERGIES :

Si votre enfant est allergique, veuillez-vous rapprocher du SIVU afin de constituer un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) et de mettre en place un protocole :

4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, Votre enfant a-t-il des troubles de l'oralité ou autre qui serait nécessaire de connaître..... précisez.

5-RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père : Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

N° de Téléphone : _____

[Adresse mail](#) : _____

Employeur : _____ N° de Téléphone : _____

Mère : Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

N° de Téléphone : _____

[Adresse mail](#) : _____

Employeur : _____ N° de Téléphone : _____

6-PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : _____ Tel : _____

Nom : _____ Tel : _____

Médecin traitant : _____ Tel : _____

7-AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Nom /prénom : _____ Tel : _____

Nom /prénom : _____ Tel : _____

Nom /prénom : _____ Tel : _____

Nom /prénom : _____ Tel : _____

Nom /prénom : _____ Tel : _____

8-DROIT A L'IMAGE

Votre enfant peut être photographié par les services périscolaires, dans le cadre des activités proposées. Cette photo est susceptible d'être utilisée dans différents supports de communication du SIVU des Hauts de Scarpe. Pour cela, une autorisation parentale écrite est nécessaire.

Je soussigné (e) : _____ ☐ Père¹ ☐ Mère¹ ☐ Tuteur légal ¹
¹ Cochez la case correspondante

Autorise le SIVU des hauts de Scarpe à photographier mon enfant et à utiliser cette photo sur différents supports de communication.

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

A Savy-Berlette, le _____ Signature des parents :

FICHE À RETOURNER À LA MAIRIE DE SAVY-BERLETTE AVANT LE 22 SEPTEMBRE 2025 – MERCI

Tel : 03.21.22.00.94 puis tapez 2 service cantine-garderie

Mail : cantinegarderiesavy@savyberlette.fr