

Fiche sanitaire de liaison

Année scolaire : 2021 / 2022

A compléter obligatoirement (même si l'enfant ne fréquente pas la restauration scolaire)
et à remettre à la Direction Éducation **le 30 avril 2021 dernier délai**

ENFANT :

Nom / Prénoms :	_____		
Né(e) le :	___ / ___ / ___	à	_____
<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille			
Ecole :	_____	Classe :	_____

R e p r é s e n t a n t s L é g a u x

Représentant légal 1 :	Autorité parentale :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nom :	_____		
Prénom :	_____		
Adresse :	_____		
Code Postal :	_____	Ville :	_____
Tél. domicile :	_____	Tél. portable :	_____
Tél. professionnel :	_____		
Adresse mail	_____ @ _____		

Représentant légal 2 :	Autorité parentale :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nom :	_____		
Prénom :	_____		
Adresse :	_____		
Code Postal :	_____	Ville :	_____
Tél. domicile :	_____	Tél. portable :	_____
Tél. professionnel :	_____		
Adresse mail	_____ @ _____		

Situation : Célibataire Union Libre PACS Mariés Séparé(e)* Divorcé(e)*

***Résidence principale de l'enfant :** Représentant légal 1 Représentant légal 2 Autre

Autre représentant légal :	Autorité parentale :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nom / Organisme :	_____		
Adresse :	_____		
Code Postal :	_____	Ville :	_____
Tél. domicile :	_____	Tél. portable :	_____

Si vous n'êtes pas joignable, merci d'indiquer les noms et n° téléphones d'une ou des personnes susceptibles de prendre en charge votre enfant.

Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Lien de parenté : _____	Lien de parenté : _____
☎ _____	☎ _____
① _____	① _____

N° Sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : _____ (Obligatoire)

N° CAF : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

En cas d'urgence, l'élève est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos services.

Inscription à la restauration scolaire à effectuer par le biais du Portail Familles

Repas spéciaux : oui non Précisez : _____

S A N T É

(à compléter même si l'enfant ne fréquente pas la restauration scolaire)

Allergies alimentaires : oui non

Diabète : oui non

En cas de **déclaration positive**, la famille doit :

- Remplir la fiche de demande de mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé, téléchargeable sur le portail famille dans la rubrique « mes documents ».
- Pour les allergies alimentaires et le diabète, joindre impérativement au dossier un certificat médical de l'allergologue et/ou du diabétologue avec les prescriptions.

L'inscription au service de la restauration scolaire ne sera effective qu'après la réalisation du P.A.I.

Pour toute reconduction de P.A.I., l'enfant sera accueilli au sein du service de restauration scolaire **durant 1 mois (septembre)**. Si les parents ne transmettent pas les documents nécessaires à cette reconduction, l'enfant ne pourra plus être accueilli au service de restauration scolaire dès le 1^{er} octobre.

Asthme : oui non

En cas de **déclaration positive**, la famille doit :

- Remplir la fiche de demande de mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé téléchargeable sur le portail famille dans la rubrique « mes documents ».
- Joindre impérativement au dossier un certificat médical de moins de deux mois du généraliste, avec les prescriptions.

L'enfant sera accueilli au sein du service de restauration scolaire dès le mois de septembre, dans l'attente de la réalisation du P.A.I.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez : _____

Je soussigné(e), _____, représentant légal de l'enfant, _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise, le cas échéant, la collectivité à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

Date :

Signature :