

CANTINE SCOLAIRE – ACCUEIL PERISCOLAIRE
FICHE DE LIAISON
ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

Nom _____ Prénom _____

Date et lieu de naissance _____

Nom-Prénom-adresse des parents ou du représentant légal

Père _____

Né le _____ à _____

Mère _____

Née le _____ à _____

Représentant légal _____

Né(e) le _____ à _____

Situation familiale (Titulaire du droit de garde-joindre **copie jugement** pour la garde des enfants) _____

Adresse du père _____

Adresse de la mère _____

Adresse du représentant légal _____

N° CAF _____

N° de téléphone personnel _____ Autre _____
Travail _____ Autre _____

Adresse mail _____

Noms et Prénoms des personnes chargées de reprendre l'enfant en cas de départ de la cantine, de la garderie et de l'accueil des loisirs sans hébergement.

Nom et prénom : _____

Nom et prénom : _____

Nom et prénom : _____

Nom et prénom : _____

Vaccinations

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations ? Oui Non

Traitement médical

En cas de maladie, aucun traitement ne sera donné sans une ordonnance du médecin.

Allergies

Asthme Oui Non

Alimentaires Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Autres Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Recommandations utiles des parents ou du représentant légal

Précisez les précautions à prendre en cas de difficultés de santé de l'enfant (et pour une prise de médicaments en cas de traitement, fournir l'ordonnance)

Médecin traitant : Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Hôpital choisi en cas d'accident : Nom _____

Adresse _____

Repas menu Oui Non

Repas de substitution Oui Non

Pièces à fournir obligatoirement :

Une copie du carnet de vaccination

Une copie des assurances « responsabilité civile » « et individuelle accident » (document valable également pour tous les centres de loisirs de l'année 2021)

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements ci-dessus et autorise le responsable de la cantine scolaire et de la garderie à mettre en œuvre toutes les mesures en cas d'accident (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Par ailleurs je certifie que mon enfant n'est atteint d'aucune affection cutanée transmissible et qu'il n'est porteur d'aucun parasite.

Je l'autorise à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs.

Fait _____ le _____

Signature.