



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 2020-2021

### 1 - L'ENFANT

NOM et PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

GARÇON

FILLE

### 2 - DATE DU DERNIER RAPPEL DT POLIO

DT POLIO
.....

### 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

• L'enfant suit-il un traitement médical ?

Oui Lequel ? : .....

Non

• L'enfant a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ?  Oui (document obligatoire)  Non

• L'enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME  
 Oui  Non

ALIMENTAIRES  
 Oui  Non

MEDICAMENTEUSES  
 Oui  Non

AUTRE  
 Oui  Non

Autres contre-indications : .....

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

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?

### 5 - AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné (e) ..... Père  Mère  Tuteur légal de l'enfant

autorise la ville de Triel-sur-Seine à faire soigner mes enfants et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté.

En cas d'accident : votre enfant sera transporté par les pompiers au Centre Hospitalier de Poissy ou à l'Hôpital le plus proche de l'accident (en cas de sortie).

### 6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM .....

PRENOM .....

ADRESSE .....

DOMICILE .....

TRAVAIL .....

PORTABLE .....

Date :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

.....

PERSONNE, AUTRE QUE VOUS A CONTACTER EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DE L'ENFANT (voisin, grand-parents...)

Nom et prénom .....

Lien avec l'enfant .....

.....

Signature :



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020-2021

PHOTO D'IDENTITÉ  
(1 par enfant)

## Les enfants à inscrire

Nom : ..... Prénom : ..... Ecole ..... Niveau : .....  PAI

Nom : ..... Prénom : ..... Ecole ..... Niveau : .....  PAI

Nom : ..... Prénom : ..... Ecole ..... Niveau : .....  PAI

Nom : ..... Prénom : ..... Ecole ..... Niveau : .....  PAI

## Représentant légal 1

Nom : ..... Prénom : .....

☎ Portable : ..... ☎ Travail : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

Courriel de la famille : .....

## Représentant légal 2

Nom : ..... Prénom : .....

☎ Portable : ..... ☎ Travail : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

N° de CAF (Caisse d'Allocations Familiales) : .....

Allocataire AEEH (handicap) :  Oui  Non

## Situation familiale des parents

- Marié(e)  Pacsé(e)  Célibataire  
 Concubinage  Séparé(e)  Divorcé(e)

Conjoint(e), partenaire ou concubin(e) (si famille recomposée)

Nom : ..... Prénom : .....

Profession : .....

☎ Portable : .....

☎ Travail : .....

## Renseignements et Règlement intérieurs

Je soussigné(e) ..... représentant(e) légal(e),

- ✓ Certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus et m'engage à signaler auprès du service scolaire toutes modifications pouvant intervenir en cours d'année.
- ✓ Déclare avoir pris connaissance des **règlements intérieurs** de la Ville des activités municipales et en accepter les conditions générales. Les *règlements sont disponibles en Mairie ou sur l'Espace Citoyens*.
- ✓ Accepte de recevoir mes factures uniquement par le biais de l'Espace Citoyens (*pour recevoir la facture papier, faire une demande par courrier*).
- ❖ Accepte de recevoir par courriel les informations des services de la Ville :  Oui  Non

Triel sur Seine le,

Signature,

Réservé à l'administration

Enfants à charge

QF