



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil de l'enfant

ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :
	Date de naissance :	Sexe : M F
	Classe :	
	Allergies : ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
MEDICAMENTEUSES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AUTRES		
Existe-t-il un PAI (Projet d'accueil individualisé) mis en place ? oui (joindre la photocopie) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Précisez la cause de l'allergie, indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :		

ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :
	Date de naissance :	Sexe : M F
	Classe :	
	Allergies : ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
MEDICAMENTEUSES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AUTRES		
Existe-t-il un PAI (Projet d'accueil individualisé) mis en place ? oui (joindre la photocopie) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Précisez la cause de l'allergie, indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :		

ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :
	Date de naissance :	Sexe : M F
	Classe :	
	Allergies : ASTHME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
MEDICAMENTEUSES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> AUTRES		
Existe-t-il un PAI (Projet d'accueil individualisé) mis en place ? oui (joindre la photocopie) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Précisez la cause de l'allergie, indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :		

1 - RENSEIGNEMENTS

Situation de famille	Parent 1			Parent 2		
	Célibataire	Marié(e)s	Veuf(ve)	Vie maritale	Séparé(e)/Divorcé(e)	Pacsé(e)
Nom						
Prénom						
Adresse						
Tel. portable						
Nom et lieu de l'entreprise						
Tel. travail						

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, l'équipe peut contacter :

M./ Mme : Tel. :

Je soussigné,..... responsable légal de :

L'enfant,

L'enfant,

L'enfant,

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du restaurant scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

2 - AUTORISATIONS DE PRELEVEMENT

- Je souhaite mettre en place le prélèvement automatique pour régler mes factures
Pour cela je joins un RIB
- Je ne souhaite pas mettre en place le prélèvement automatique

3 - ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné Mr/Mme,

Parent de

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire de Maché, géré par Familles Rurales Association Apremont-Maché.

Le règlement intérieur est disponible sur le portail familles

Date :

Signature :