

Fiche sanitaire de Liaison 2025/2026

A RENDRE OBLIGATOIREMENT en mairie de Saint-Cyr-Sur-Morin

Avant le samedi 14 juin 2025

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : F M Age : Classe :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

IDENTITE DU REPRESENTANT 1

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse du domicile, si différent de l'enfant :
.....
.....

Tél fixe :

Tél Portable :

Tél Professionnel :

Email :@.....

IDENTITE DU REPRESENTANT 2

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse du domicile, si différent de l'enfant :
.....
.....

Tél fixe :

Tél Portable :

Tél Professionnel :

Email :@.....

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des représentants légaux (car scolaire, restauration scolaire) (Présentation d'une pièce d'identité)

Nom : Prénom : Qualité :

Tél fixe : Tél Port : Tél Pro :

Nom : Prénom : Qualité :

Tél fixe : Tél Port : Tél Pro :

Nom : Prénom : Qualité :

Tél fixe : Tél Port : Tél Pro :

Nom : Prénom : Qualité :

Tél fixe : Tél Port : Tél Pro :

Assurance Responsabilité civile: (joindre attestation ou justificatif)

Nom : N° de contrat :

Adresse :

.....

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et fournir la photocopie du carnet de vaccination)

Vaccins obligatoire	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre-indication attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

2. **INFORMATIONS ALIMENTAIRES :** Régime sans porc OUI NON
 Allergies Alimentaires OUI NON

Lesquelles :.....

3. **INFORMATIONS MEDICALES**

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé : se rapprocher du médecin scolaire) : OUI NON

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme Articulaire Aigu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons	

4. **ALLERGIES :** ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET DE LA CONDUITE A TENIR (Si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, Accident, Crises Convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les Dates et les Précautions à prendre.

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc)

.....
.....
.....

Nom du médecin traitant :	Téléphone :
Adresse :	

Numéro d'allocation CAF :

Jugement de garde : OUI NON

(Fournir une copie du jugement)

PRESTATION CANTINE SOUHAITEE :

- Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Planning

A compter du : jour de la rentrée

AUTORISATIONS PARENTALES

- Autorise mon enfant à rentrer seul chez lui après l'étude*
 Autorise mon enfant à rentrer seul chez lui à l'arrêt du car prévu sur la carte Scol-R*

*Si vous n'avez pas coché cette case et en cas d'absence d'adulte autorisé à récupérer votre enfant, ce dernier sera pris en charge par l'association Familles Rurales (avenue Daniel Simon, 77750 St-Cyr-Sur-Morin, 01 60 23 81 95) à votre charge et selon la grille tarifaire prévue par l'association.

Dans quel car est prévu votre enfant ?

- S7735001 Vorpillères (Fabienne/Christine) arrêt :
- S7735002 Les Louvières (Paméla) arrêt :
- S7735003 Saint-Ouen (Corinne) arrêt :

Quel jour votre enfant prend le car après la classe ?*

- Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Variable

*Merci d'informer le Sivu (01 60 23 80 24/06 71 25 41 19) de tout changement.

<input type="checkbox"/> Autorisons le SIVU à prendre en photo ou en vidéo mon enfant pour une éventuelle publication	<input type="checkbox"/> N'autorisons pas le SIVU à prendre en photo ou en vidéo mon enfant pour une éventuelle publication
<input type="checkbox"/> Sur les supports de communication municipaux (bulletin, site web, etc...) <input type="checkbox"/> Ainsi qu'à les transmettre à la presse locale	

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du SIVU des Ecoles, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, la coordinatrice du SIVU des écoles à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Fait à :

Le :

Signature du représentant 1

Signature du représentant 2