

ENFANT :

NOM : _____ Prénom(s) : _____
Né(e) le : ___ / ___ / ___ à : _____ Classe : _____ Sexe : M F
Adresse de résidence de l'enfant : _____
CP/ Ville : _____

RESPONSABLES LEGAUX :

Représentant légal n°1	Représentant légal n°2
NOM : _____	NOM : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____	Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____
Adresse : _____	Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____	CP : _____ Ville : _____
e-mail : _____	e-mail : _____
Tél domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___	Tél domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Tél portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___	Tél portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Tél travail : ___ / ___ / ___ / ___ / ___	Tél travail : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Tierce personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM : _____ Prénom : _____ Qualité : _____
Adresse : _____ Tél : ___ / ___ / ___ / ___

Nom et adresse de l'assurance individuelle et civile souscrite pour l'enfant (**fournir une attestation**) :

POUR LA TARIFICATION :

Inscription et facturation : <https://www.gestion-cantine.com/> après validation de votre inscription

e-mail utilisé pour le site gestioncantine: _____

Le redevable pour la facturation : une seule case possible

Représentant légal n°1 Représentant légal n°2

Pour les couples séparés et en cas de facturation alternée, il est impératif de remplir un dossier séparé.

Je fournis **mon quotient familial** si mon quotient familial est inférieur à 1200 (tarif supérieur appliqué le cas échéant).

N° allocataire CAF _____ (la commune récupérant le quotient familial sur le site partenaire de la CAF)

ou je fournis une Attestation CAF Attestation MSA

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACM
2026/2027

Document confidentiel
1 fiche par enfant

L'Enfant :	
Nom :	_____
Prénom :	_____
Date de naissance :	_____
Classe :	_____
Fille :	<input type="checkbox"/>
Garçon :	<input type="checkbox"/>

1) Vaccinations (fournir obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

11 Vaccinations obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels
Antidiphtérique			
Antitétanique			
Antipoliomyélitique			
Coqueluche			
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b			
Hépatite b			
Pneumocoque			
Méningocoque de séro groupe C			
Rougeole			
Oreillons			
Rubéole			
Autres (à préciser)			

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

2) Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Poids :kg Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Angine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

Allergies ? :

Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Alimentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autres (plantes, pollen...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Précisez :

.....

.....

.....
Le mineur présente-t-il un problème de santé : oui non
Si oui, précisez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre** :

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

.....
L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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).

Si le mineur est concerné par un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) un dossier spécifique sera à compléter et fournir. Prendre attache auprès du directeur.

Le mineur suit-il un régime alimentaire spécifique : oui non
Précisez : (végétarien, sans porc, sans viande rouge)

.....

4) Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, etc...

Précisez :

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

Doit-il les garder le temps libre ? oui non

Nom du médecin Traitant : Tél : __ / __ / __ / __ / __

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'Accueil Périscolaire/Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation.....) rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

Au cas où l'état de santé de l'enfant le nécessiterait, le personnel encadrant fera appel aux pompiers.