

## FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT 2023/2024

Nom : ..... Prénom : ..... de l'enfant  
 Né(e) le ..... / ..... / ..... à ..... Sexe :  Féminin  Masculin  
 École : ..... Classe : .....

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

Parent 1 (destinataire de documents éventuels)	Parent 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse : (si différente du parent 1)
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone mobile :	Téléphone mobile :
E-mail :	E-mail :

### Situation familiale

Célibataire    Vie maritale    Marié    Pacsé    Séparé/ divorcé    Veuf

### Personnes à prévenir en cas d'urgence (si les responsables légaux ne sont pas joignables) :

Nom et Prénom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté : .....

Nom et Prénom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté : .....

### RESTAURATION SCOLAIRE

Type de repas :  Viande  Poisson

### GARDERIE – l'enfant est

- récupéré par une autre personne que les responsables légaux    Oui    Non

Nom et Prénom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté : .....

Nom et Prénom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté : .....

Nom et Prénom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté : .....

- pour les maternelles, autorisé à partir accompagné de son frère ou de sa sœur    Oui    Non

Si oui, précisez les noms et prénoms : .....

.....

- pour les élémentaires, autorisé à partir seul    Oui    Non

### SANTE

Votre enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ?    Oui    Non

Votre enfant a-t-il une autre allergie ? .....

Autre problème de santé à nous signaler : .....

### DROIT A L'IMAGE

Acceptez-vous que votre enfant soit photographié ou filmé collectivement (de face, de profil ou de dos) durant les temps périscolaires 2023/2024, sur des sites municipaux pour diffusion en format papier ou numérique à savoir, dans la presse écrite, dans une information municipale, sur les sites internet et réseaux sociaux de la Ville d'Annonay ?    Oui    Non

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de l'enfant,

atteste qu'il est à jour de ses vaccinations obligatoires,

déclare exacts les renseignements mentionnés sur cette fiche et autorise les agents municipaux travaillant sur le site de restauration à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical dans le cadre d'un PAI, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de mon enfant.

déclare avoir pris connaissance du règlement des temps périscolaires.

Date :

Signature :