

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

2 - VACCINATIONS (joindre obligatoirement une copie du carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES* (pour tous les enfants)

☐ DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES* (pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018)

☐ Hépatite B

☐ Coqueluche

☐ Rougeole-Oreillons-Rubéole

☐ Pneumocoque

☐ Méningocoque C

☐ Haemophilus Influenzae type b (HIB)

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : PROFESSIONNEL :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la municipalité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE SORTIE AUTONOME
pour les enfant scolarisés du CP au CM2
service enfance (accueil de loisirs - périscolaire)

1) Informations concernant l'enfant

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

École / Classe :

2) Responsable légal

Je soussigné(e),

Nom et prénom du responsable légal :

Téléphone :

☐ AUTORISE mon enfant à quitter seul le service enfance et l'accueil périscolaire.

☐ N'AUTORISE PAS mon enfant à quitter seul le service.

(Dans ce cas, l'enfant sera remis uniquement aux personnes autorisées indiquées dans le dossier d'inscription).

3) Modalités particulières de sortie (horaires, jours concernés, restrictions, etc.).

.....

.....

.....

Je reconnais avoir été informé(e) que la responsabilité de la commune cesse dès le départ autonome de l'enfant autorisé.

Fait à :

Le : / /

Signature du responsable légal :



FICHE ANNUELLE DE RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

SERVICE ENFANCE – SERVICE DE RESTAURATION SCOLAIRE

Commune de FALLERON

ANNEE 2026-27

	Responsable 1* (Parent qui a ouvert le dossier d'allocations auprès de la CAF ou de la MSA.)	Responsable 2*
Situation de famille	☐ Célibataire ☐ Marié(e)s ☐ Veuf(ve) ☐ Vie maritale ☐ Séparé(e) / Divorcé(e) ☐ Pacsé(e)s	
Civilité	☐ Madame ☐ Monsieur	☐ Madame ☐ Monsieur
Nom		
Prénom		
Date de naissance	/...../.....	/...../.....
Adresse		
	Code Postal : Ville :	
Adresse Email :		
Tél. Fixe :		
Tél. Portable :		
Tél. Travail :		

REGIME ALLOCATAIRE	☐ Régime général	N° allocataire CAF :
	☐ Régime agricole	N° allocataire MSA :
	Quotient Familial* :	

ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :	☐ Service Enfance ☐ Service Restaurant Scolaire
	Date de naissance :/...../.....	Sexe :	
	Ecole :	Classe :	

ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :	☐ Service Enfance ☐ Service Restaurant Scolaire
	Date de naissance :/...../.....	Sexe :	
	Ecole :	Classe :	

ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :	☐ Service Enfance ☐ Service Restaurant Scolaire
	Date de naissance :/...../.....	Sexe :	
	Ecole :	Classe :	

ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :	☐ Service Enfance ☐ Service Restaurant Scolaire
	Date de naissance :/...../.....	Sexe :	
	Ecole :	Classe :	

INFORMATIONS RELATIVES AU SERVICE RESTAURANT SCOLAIRE	Formule choisie :		Si la formule « repas réguliers » est choisie, merci d'indiquer ci-dessous les jours de présence de votre enfant au restaurant scolaire.
	☐ repas réguliers ☐ repas occasionnels (* à partir de deux repas par semaine)		
	☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi		

INFORMATIONS RELATIVES AU SERVICE ENFANCE	Tableau des personnes autorisées à récupérer vos enfants :				
	NOM - PRENOM	QUALITE	TELEPHONE	A RECUPERER MES ENFANTS	A ETRE CONTACTE EN CAS D'URGENCE
				☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
				☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
				☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
				☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
	Attention : Les frères et sœurs susceptibles de récupérer vos enfants doivent apparaître sur cette fiche. Renseigner au minimum une personne pouvant être contactée en cas d'urgence et récupérer les enfants sans réponse du responsable légal. Une copie de la pièce d'identité valide les concernant est à joindre.				

AUTORISATIONS PARENTALES :

☐ Autorise / ☐ N'autorise Pas que mon enfant soit filmé et photographié dans le cadre des activités*.

Les images seront utilisées sur différents supports de promotion, d'information et de communication (papier, analogique ou numérique) à l'occasion des bilans proposés aux familles, des plaquettes d'activités, des sites internet (sites, réseaux sociaux de la Mairie) la presse locale, les bulletins municipaux, l'affichage dans les structures d'accueil.... Cette utilisation aura un caractère illimité dans le temps.

☒ Autorise le personnel habilité à recueillir auprès de la CAF/MSA les informations suivantes : adresse postale, quotient familial, nombre d'enfants à charge. Nos services réaliseront des contrôles et des mises à jour en septembre et en janvier. Si votre situation évolue entre temps, merci de le signaler en mairie.

☒ Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par la structure d'accueil et à utiliser les moyens de transports collectifs (cars, trains, ...)

☒ Certifie que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat de personnes couvrant les dommages corporels.

☒ Autorise le responsable, en cas d'accident impliquant mon enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé.

☒ Accepte que les informations recueillies sur ce formulaire soient enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Falleron, responsables des services pour l'inscription, le suivi et la facturation du service.

☒ Accepte que les services concernés se connectent à mon compte afin d'assurer l'assistance nécessaire en cas de difficultés liées à l'utilisation du Portail Famille.

Les données collectées sont conservées durant les 5 années qui suivent la clôture du dossier de l'enfant et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées de la commune de Falleron responsables des services afin d'assurer dans les meilleurs conditions l'accueil scolaire, périscolaire et extrascolaire des enfants. Les familles peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de leurs données personnelles.

☒ Déclare avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement et s'engage à les respecter.

☒ **J'atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

*Données à compléter obligatoirement

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM – PRENOM :	NOM – PRENOM :
FAIT A :	FAIT A :
DATE :	DATE :
SIGNATURE :	SIGNATURE :

* La commune de Falleron traite vos données à caractère personnel dans le cadre de la gestion votre dossier et ce conformément à la loi informatique et libertés (loi n°78.17 du 06/01/1978) et au règlement général à la protection des données (règlement UE 2016/679 du 25/05/2018) dans le cadre de sa mission d'intérêt public. Vos données personnelles sont conservées par le service habilité le temps nécessaire à la gestion de votre dossier et selon les critères en vigueur. Vous pouvez faire valoir vos droits d'accès, d'effacement, de rectification, d'opposition, de limitation ou de portabilité en contactant la commune de Falleron, accueil@falleron.fr ou auprès de la CNIL.