



Fiche Sanitaire et de liaison périscolaire

ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

Département de la Haute-Marne
COMMUNE DE VILLIERS EN LIEU
Tél. : 03 25 05 42 17
@ : mairie@villiersenlieu.fr

Niveau Scolaire de l'enfant

Nom et Prénom de l'enfant

Né(e) le/...../.....

1/ RESPONSABLES DE L'ENFANT

Situation familiale (marié, divorcé...) :

REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2
NOM	NOM
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
Tél Portable	Tél Portable
Mail :	Mail :
NOM ET ADRESSE EMPLOYEUR	NOM ET ADRESSE EMPLOYEUR
Tél Professionnel	Tél Professionnel

2/ FACTURATION

Destinataire des factures :

Adresse pour recevoir vos factures par mail :

QUOTIENT FAMILIAL :

3/ VACCINATIONS (indiquez dates de vaccination ou dernier rappel) ou photocopie carnet de santé.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R O R	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoque					
BCG					

4/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, il revient aux parents de prendre contact avec les services de la Mairie afin d'étudier la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**.

L'enfant est-il allergique ? oui non

Allergies : asthme médicamenteuses alimentaires

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (handicap, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....

5/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Régime alimentaire particulier

.....

Si l'enfant présente des troubles alimentaires, il revient aux parents de prendre contact avec les services de la Mairie afin d'étudier la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires

etc. ?

Précisez :

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

6/ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité : Oui Non

Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance :

7/ AUTORISATION DE SORTIES DU PÉRISCOLAIRE

Je soussigné(e) nom, prénom :

Agissant en qualité de responsable légal (e) de l'enfant :

Nom :

Prénom :

J'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

	NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
1				
2				
3				
4				

8/ DROIT A L'IMAGE

- J'autorise
 Je n'autorise pas

la commune de Villiers en Lieu à photographier mon enfant et à utiliser son image dans le cadre de communications institutionnelles ou à caractère informatif sans but commercial (outils papiers et numériques).

Je soussigné(e), Mr et Mme, Mr ou Mme : Père, mère, tuteur, tutrice, responsable de l'enfant,

- Confirme la présente demande d'inscription ainsi que l'exactitude des renseignements inscrits,
- M'engage à signaler dans les plus brefs délais, tout changement dans les renseignements portés sur la fiche.
- Atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs

Date :/...../.....

"Lu et approuvé" Signature(s)