

## FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT 2024-2025

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 :
Email :	Email :

#### Situation familiale

Célibataire     Vie maritale     Mariés     Pacsés     Séparés/divorcés     Veuf(ve)

#### 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 (PAI) ?     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 2024-2025, 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 :