



Année scolaire 2018/2019

Mairie de SEYSSUEL

☎ : 04.74.85.15.24

E mail : secretariat@seyssuel.fr

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Restaurant Scolaire  
et  
Accueils Périscolaires

### Enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Date de naissance : .....

Garçon

Fille

En cas de maladie ou d'accident de votre enfant pendant les heures du restaurant Scolaire ou des accueils périscolaires, il est important que les responsables de ces services puissent vous joindre dans les plus brefs délais et faire pratiquer les soins nécessaires en cas d'urgence.

Nom, Prénoms des parents : .....

Adresse des parents : .....

☎ Domicile des parents : \_\_\_\_\_

☎ Professionnel des parents : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

**L'enfant est-il sujet à des allergies ?** si oui joindre un certificat médical

OUI  NON

si oui lesquelles ?

L'enfant suit-il un traitement ? (asthme, épilepsie...)

OUI  NON

si oui lequel ?

### Autorisation parentale d'intervention médicale

Je soussigné  
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les Responsables des services à faire évacuer et faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale si l'état de santé de mon enfant désigné ci-dessus est nécessaire.

Responsable légal de l'enfant,

Fait à ..... le .....

signature précédée de la mention " **lu et approuvé** "