



superminot.marseille.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON  
20\_\_ / 20\_\_

### 1. ENFANT

Nom et Prénom : .....	N° de sécurité sociale pour l'enfant concerné : .....
Date de naissance : .....	Mutuelle / N°: .....
Lieu de naissance : .....	Médecin référent : .....
Sexe : .....	Téléphone du médecin : .....
École : .....	Assurance/ N°: .....
Classe : .....	N° allocataire CAF : .....

### 2. COORDONNÉES DES PARENTS

PÈRE / TUTEUR	MÈRE
Nom et prénom : .....	Nom et prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
☎ domicile : .....	☎ domicile : .....
☎ portable: .....	☎ portable: .....
☎ professionnel: .....	☎ professionnel: .....
@ E mail : .....	@ E mail : .....

### 3. VACCINATIONS

Votre enfant a-t-il ses vaccins à jour : Date du dernier rappel DT Polio : .....	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
---	---

### 4. RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES

(régime alimentaire, allergies, contre indications médicales, prise de médicaments)

Votre enfant a-t-il un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)	Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>

### 5. RECOMMANDATIONS COMPLÉMENTAIRES

(port de lunettes, de prothèse, accident récent, opération, rééducation, allergie médicamenteuse...)

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

Je soussigné(e) ..... déclare que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

## 6. RECOMMANDATIONS MÉDICALES EN CAS D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, ..... autorise le personnel d'encadrement à orienter mon enfant ..... vers un établissement hospitalier afin d'y faire pratiquer toute intervention jugée utile par le corps médical.

## 7. PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Père

Mère

**Autres – préciser ci-dessous :**

Nom – Prénom	Qualité	☎ domicile	☎ portable	☎ professionnel

## 8. PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT

Père

Mère

**Autres – préciser ci-dessous :**

Nom – Prénom	Qualité	☎ domicile	☎ portable	☎ professionnel

## 9. ENFANT AUTORISÉ À REPARTIR SEUL

*(Uniquement pour les enfants fréquentant les animations du soir)*

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

autorise -  n'autorise pas mon enfant ..... à partir seul de l'école

Observations :

Je consens à ce que mes données personnelles soient utilisées par le Service de la Jeunesse de la Ville de Marseille afin d'inscrire mon enfant en garderie. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de mes données personnelles. Je peux contacter le DPO de la Ville de Marseille : [dpo@marseille.fr](mailto:dpo@marseille.fr)

À Marseille le :

Certifié exact,

Je m'engage à communiquer immédiatement toute modification au gestionnaire du temps périscolaire

Signature du représentant légal