



MAIRIE LE THOLONET

3384 Route Cézanne

13100 LE THOLONET

06.32.10.25.56

[ecoleperisco.tholonet@orange.fr](mailto:ecoleperisco.tholonet@orange.fr)

## LES MERCREDIS DU CITY

### Fiche sanitaire de liaison

|                                |                                |                                 |                     |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| <b>Enfant :</b>                | <input type="checkbox"/> fille | <input type="checkbox"/> garçon | Date de naissance : |
| Nom :                          |                                |                                 | Prénom :            |
| Adresse :                      |                                |                                 |                     |
| Assurance périscolaire (nom) : |                                |                                 |                     |

#### I - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Allergies : Médicamenteuses  oui  non      Asthme  oui  non  
 Alimentaires  oui  non      Autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

---



---

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

---



---

#### II - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

---



---

#### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom :  Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile :  travail :  portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

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

J'autorise également mon enfant à pratiquer les activités sportives proposées par la mairie du Tholonet dans le cadre des mercredis du city.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

### Autorisation pour le départ

- Autorise les personnes désignées ci-après à venir chercher mon enfant **sur présentation d'une pièce d'identité**

| NOM- PRENOM | TELEPHONE | AGISSANT EN QUALITE DE... |
|-------------|-----------|---------------------------|
|             |           |                           |
|             |           |                           |
|             |           |                           |

- Autorise mon enfant à quitter l'activité seul**  
 Personne non autorisée (sur jugement) : .....

### Autorisation parentale

Je soussigné(e) ..... parent ou tuteur légal de l'enfant  
.....

Autorise les responsables des mercredis du city : (\*) *cocher les cases correspondantes* :

- A prendre toutes initiatives en cas d'urgence, y compris de permettre l'hospitalisation ou l'intervention médicale de mon enfant par les services compétents.
- A prendre mon fils/ma fille en photo et à utiliser cette/ces photo(s) pour une publication :
- sur le site Internet de la Mairie du Tholonet.
  - sur tout support d'information relatif à la promotion des activités proposées par la Mairie.

**Je certifie exacts les renseignements déclarés sur cette fiche.**

**Signature** (précédée de la mention « Lu et approuvé »)      **Fait au Tholonet le** : .....