



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

RESTAURATION SCOLAIRE

Année scolaire 2026-2027

A COMPLETER ET A TRANSMETTRE avant le 30 juin 2026 :

| | |
|---------------------|----------|
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Classe : |

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (rappel tous les 5 ans) :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Non Oui : préciser

Allergies connues :

Recommandations utiles des parents :

Coordonnées des parents ou tuteurs

Nom / Prénom / Téléphone :

N° de Sécurité Sociale du représentant légal couvrant l'enfant :

Nom et N° de l'Organisme Mutuelle :

Nom, Adresse et coordonnées du Médecin traitant :

Merci de nous communiquer tout autre renseignement vous paraissant important pour le bien être, la sécurité et la santé de votre enfant :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les services de secours d'urgence à transporter l'enfant vers l'hôpital le mieux adapté et à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :