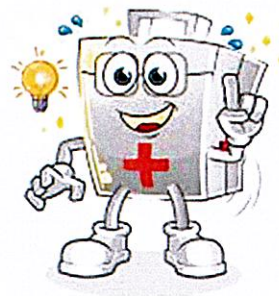




Département de l'Oise  
Arrondissement de Clermont  
Canton de Pont Sainte Maxence

# RESTAURATION SCOLAIRE FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2025/2026



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de votre enfant

**Enfant : Nom :**

**Prénom :**

Fille

garçon

**Date de naissance :**

**Classe :**

repas normal

repas sans porc

repas sans viande

## **1. Renseignements médicaux :**

Enfant(s) allergiques ?  non

oui (**fournir une certificat scolaire**) :

alimentaire

autres :

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire    oui

non

## **2. Recommandations utiles :**

- Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires :
- Indiquez les éventuelles difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives hospitalisation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

## **3. Responsable légal de l'enfant :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel domicile :

Portable :

Travail :

Nom et tel du médecin traitant :

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

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Date :