



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ANNEE 2017-2018

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

ENFANT :  Filles  Garçon /  Moguerou  Ange Gardien / Classe : .....

NOM : ..... Prénom : .....

ADRESSE : .....

Date et lieu de naissance : .....

RESTAURANT SCOLAIRE  ACCUEIL LOISIRS  ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	NON	NON	VACCINS RECOMMANDES	NON	NON	DATE
diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tubérole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

### 2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical  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.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	COQUELUCHE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

### ALLERGIES

Médicamenteuses  OUI  NON asthme  OUI  NON

Alimentaires  OUI  NON

Régime alimentaire  OUI  NON } Joindre un certificat médical  
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 : .....

### 3 - RECOMMANDATIONS UTILES

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

### 4 - RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Domicile ..... Travail ..... Portable.....

N° S.S. : .....

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : ..... Date : .....

# AUTORISATIONS

Je soussigné(e).....

responsable légal de l'enfant :

• autorise l'organisateur à transporter mon enfant par les moyens jugés utiles

OUI  NON

• autorise la prise de photos et de vidéos par la Mairie lors des activités organisées par elle à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication (si non, nous fournir une photo)

OUI  NON

• autorise mon enfant à quitter seul la structure après les activités

OUI  NON

ALSH  GARDERIE  TAPS  ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS

• autorise les enseignants à récupérer mon enfant à l'accueil périscolaire ou à la cantine lors d'évènements exceptionnels en accord avec le personnel encadrant de la commune

OUI  NON

• autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

NOM - Prénom	Adresse	téléphone	Lien de parenté
..... .....	..... .....	.....	.....
..... .....	..... .....	.....	.....
..... .....	..... .....	.....	.....
..... .....	..... .....	.....	.....