



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNEE 2019-2020

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

ENFANT : Fille Garçon Muguérou Ange Gardien Classe : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Restaurant scolaire Garderie Accueil Loisirs Ecole Municipale des Sports (GS-CP)

1 – VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS DES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON	DATE
DIPHTERIE				COQUELUCHE			
TETANOS				HAEMOPHILUS			
POLIOMYELITE				RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE			
				HEPATITE B			
				PNEUMOCOQUE			
				AUTRES (PRECISER)			

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 anti-tétanique 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 eu les maladies suivantes ?

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

ALLERGIES

*MEDICAMENTEUSES : OUI NON *ASTHME : OUI NON * AUTRES : OUI NON

*ALIMENTAIRES : OUI NON * REGIME ALIMENTAIRE : OUI NON

(SI OUI JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL)

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 : _____

Tél. Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

5 - AUTORISATIONS :

Je soussigné(e), _____, responsable de l'enfant : _____

				OUI	NON
Autorise l'organisateur à transporter mon enfant par les moyens jugés utiles					
Autorise la prise de photos et de vidéos par la mairie lors des activités organisées par elle a des fins d'illustration dans ses différents supports de communication (sinon nous fournir une photo)					
Autorise mon enfant à quitter seul la structure après les activités : - ALSH					
- Garderie					
- 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					
Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :					
NOM	PRENOM	TELEPHONE	ADRESSE	LIEN AVEC L'ENFANT (FAMILIAL OU AUTRE)	

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 nécessaire par l'état de l'enfant.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé ») : _____