



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux et les autorisations qui pourront être utiles pendant l'accueil périscolaire de l'enfant. 1 fiche sanitaire de liaison par enfant.

I. ENFANT : NOM : _____ Prénom : _____
Garçon Fille Date de naissance : ____/____/____

II. VACCINATIONS :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTÉ (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de CONTRE-INDICATION / ATTENTION : Le vaccin ANTI-TÉTANIQUE ne présente aucune contre-indication).

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.**), dans le cadre d'un **PAI (Plan d'Accueil Individualisé)**. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	OUI		NON		ROUGEOLE	OUI		NON	
COQUELUCHE	OUI		NON		OREILLONS	OUI		NON	
VARICELLE	OUI		NON		ROSEOLE	OUI		NON	
ANGINE	OUI		NON		SCARLATINE	OUI		NON	
OTITES	OUI		NON		RHUMATISME ARTICULAIRE	OUI		NON	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSE oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRE

Si oui merci de mettre en place un **PAI** en vous rapprochant de la directrice de l'école.

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE.**

IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIREs,.....

A retourner à la mairie (1 fiche par enfant)

V. RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Responsable 1

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

Téléphone portable : _____

Responsable 2

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

Téléphone portable : _____

VI. MEDECIN TRAITANT :

Nom Prénom : _____

Adresse : _____

N° Téléphone : _____

VII. ASSURANCE-MUTUELLE couvrant l'enfant

N° Sécurité Sociale : _____

N° allocataire CAF : _____ Nom de la personne allocataire : _____

Mutuelle : _____

AUTORISATION PARENTALE

Droit à l'image : J'autorise Je n'autorise pas à prendre mon enfant en photo et à exploiter les photos prises dans le cadre des activités de l'accueil périscolaire (documents de communication, exposition photos, etc).

Décharge : Autorise mon enfant à quitter seul l'accueil périscolaire à partir de ...H... (pour se rendre à une activité sportive ou au domicile)

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant à l'accueil périscolaire (autre que les parents) :

-	NOM/PRENOM	LIEN AVEC LA FAMILLE	TELEPHONE
-			
-			
-			
-			
-			
-			

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

Fait à _____, le _____

Signature :