



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A rendre impérativement en Mairie

ENFANT

Ecole Fréquentée : _____

NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

GARÇON FILLE

L'enfant déjeune au restaurant scolaire : oui non (rayez la mention inutile)

1. RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (Principale)

Adresse mail _____

ADRESSE (si parents séparés)

Adresse mail _____

Numéros de téléphone (numérotez l'ordre de priorité)

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur de la structure à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

2. Assurance de l'enfant :

Responsabilité civile : Oui / Non

Compagnie d'assurance Numéro de police d'assurance

Assurance scolaire-extrascolaire(1) Oui Non

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

(1) Rayer les mentions inutiles

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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 AIGÛ 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"/>	OTITE 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"/>	

ALLERGIES :

ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si P.A.I le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

4 Droit à l'image :

Je soussigné (e)

Parent de l'enfant

Autorise la parution de photos de mon enfant dans le cadre activités réalisées sur tout support que ce soit (internet, journaux, bulletin municipal, vidéos, outils de communication). (1).

N'autorise pas la parution de photos de mon enfant dans le cadre des activités réalisées sur tout support que ce soit (internet, journaux, bulletin municipal, vidéos, outils de communication). (1).

En foi de quoi est délivré la présente Attestation pour valoir ce que de droit.

(1) rayer la mention inutile

Date :

Signature :

