



# 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	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> 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 ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> 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 DENTAIRE, 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 :

---