

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Septembre 2022- Août 2023

1 – ENFANT
 NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON **FILLE**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE TEMPS PERISCOLAIRE DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES
DT Polio				Hépatite B Rubéole-Oreillons-Rougeole Coqueluche Autres / BCG...

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : ASTHMES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON

Si allergies alimentaires précisez lesquelles :

MEDICAMENTEUSES OUI NON

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

(si certificat médical, joindre une copie).....

AUTRES :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui joindre l'ordonnance spécifique avec les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice) et remplir une fiche de décharge.
 Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.

Un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été signé OUI NON

Si oui, date de signature : - le joindre impérativement à cette Fiche Sanitaire.

Indiquez ci-après : LES DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... ? (PRECISEZ).

.....

4 - REGIME ALIMENTAIRE : OUI Précisez : NON

5 - RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Mariés, vie maritale, PACS Célibataire Divorcés, séparés Veuf(ve)

PERE date de naissance : **MERE** date de naissance :

*NOM : *NOM :

*PRENOM : *PRENOM :

*ADRESSE : *ADRESSE :

TEL. (DOMICILE) : TEL. (DOMICILE) :

PORTABLE : PORTABLE :

TEL. BUREAU : TEL. BUREAU :

E.MAIL : E.MAIL :

N°SECU.SOC :

ASSURANCE + NUMERO :

J'ATTESTE AVOIR SOUSCRIT POUR MON ENFANT, SUR LA PERIODE DU 1ER SEPTEMBRE 2022 AU 31 AOUT 2023, UNE ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE et INDIVIDUELLE ACCIDENTS CORPORELS, SCOLAIRE, EXTRA et PERISCOLAIRE. (Attestation à fournir A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (NOM, PRENOM, TEL.) : (Autre que parents)

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

NUMERO D'ALLOCATAIRE + Q.F :

6 - PERSONNES AUTORISEES (en dehors des responsables légaux) à venir chercher l'enfant :

(CES PERSONNES DOIVENT AVOIR AU MINIMUM 18 ANS) :

*NOM : *NOM :

QUALITE : QUALITE :

TEL : TEL :

*NOM : *NOM :

QUALITE : QUALITE :

TEL : TEL :

7 – AUTORISATION DE SORTIE : seul de l'école élémentaire

Partir seul(e) de la garderie

8 - DROIT D'IMAGE : La structure d'accueil est autorisée et ce, exclusivement à des fins non commerciales, à exposer ou diffuser les photographies et documents audiovisuels dans les supports de communication (Internet, presse, panneaux d'exposition, diaporamas...) sauf refus explicite et écrits des représentants légaux de l'enfant.

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant,
 Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'établissement scolaire et de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins.

Date : Signature :