



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1> <h2>Année 2016/2017</h2>	1 - ENFANT NOM : PRÉNOM : CLASSE DE : DATE DE NAISSANCE : GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
--	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE PERISCOLAIRE DE L'ENFANT ;

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

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

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

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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 non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication 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**.

.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....
.....

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Père Mère Autre

Si autre : Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Divers :

Régime Social :

Sécurité Sociale

MSA

Autre

N° sous lequel est affilié l'enfant :

**Joindre photocopie de la carte vitale*

Groupe sanguin :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable légal : Père - Mère - Tuteur

Nom : Prénom :

Né(e) le : __/__/____ Lieu de naissance :

Adresse :

Facturer à cette adresse

Téléphone domicile :

Portable :

Téléphone travail :

Profession :

Employeur :

Situation familiale :

Autorité parentale :

Oui

Non

Quotient familial : N° allocataire CAF :

Email :

Autre responsable légal : Père - Mère - Tuteur

Nom : Prénom :

Né(e) le : __/__/____ Lieu de naissance :

Adresse :

Facturer à cette adresse

Téléphone domicile :

Portable :

Téléphone travail :

Profession : Employeur :

Situation familiale :

Autorité parentale :

Oui

Non

Email :

Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie avec une pièce d'identité :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville : Téléphone :
Divers :

Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie avec une pièce d'identité :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville : Téléphone :
Divers :

Nom : Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie avec une pièce d'identité :

Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville : Téléphone :
Divers :

Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie avec une pièce d'identité :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville : Téléphone :
Divers :

Compagnie d'assurance périscolaire :

N° police :

**Joindre photocopie de l'attestation d'assurance*

- J'autorise le fait que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités périscolaires
- J'autorise mon enfant à sortir seul après les NAPS le jeudi à 16h30 pour l'année 2016/2017
- J'autorise mon enfant à sortir seul après la cantine le mercredi à 13h20 pour l'année 2016/2017
- J'autorise mon enfant à sortir seul après la cantine le jeudi à 13h20 pour l'année 2016/2017

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LA COORDINATRICE ENFANCE/JEUNESSE A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ACCUEIL

.....ECOLE COMMUNALE DE CABASSE.....

.....06 69 04 32 19.....

.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....