

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019-2020



## SERVICE ENFANCE/JEUNESSE DE

### L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM:.....  
DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....  
CLASSE : ..... GARÇON  FILLE   
NUMERO DE SECURITE SOCIALE

### PARENT 1

Responsable légal de l'enfant

NOM ET PRENOM.....  
EMAIL .....  
TEL.....  
.....  
ADRESSE.....  
.....  
EMPLOYEUR.....

### PARENT 2

Responsable légal de l'enfant

NOM ET PRENOM.....  
EMAIL .....  
TEL.....  
.....  
ADRESSE.....  
.....  
EMPLOYEUR.....

En cas de séparation/divorce ou autre, qui a la garde?.....  
(Fournir la décision de justice ou tout autre document justifiant l'autorité parentale)

En cas d'indisponibilité des représentants légaux, personnes à contacter en cas d'urgence et étant habilitées à récupérer l'enfant

NOM ET PRENOM

TEL

### AUTORISATIONS

- De rentrer seul\*? (\*A partir de 10 ans, voir règlement de fonctionnement)
- De transports
- droit à l'image
- Intervention chirurgicale

J'atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la restauration scolaire, des accueils périscolaires.

### DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER :

- Attestation d'assurance 2019/2020
- Avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018 (pour bénéficier de la grille des tarifs)
- Attestation employeur

Date :

Signature :



**NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :**

**1- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux de vaccination de l'enfant)

**PAS DE PHOTOCOPIE**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT polio				D.T.C.P	
Tétracoq				Pentavac	
BCG				Prevenar	
				Monotest	
				Autres	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

**2 – 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).

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes? (barrer la mention inutile)

RUBÉOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI NON	SCARLATINE OUI NON
--------------------	----------------------	-------------------	--	-----------------------

ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	OTITE OUI NON	COQUELUCHE OUI NON
---------------------	----------------------	------------------	-----------------------

**ALLERGIES :**

	ASTHME	MEDICAMENTEUSES	ALIMENTAIRES	AUTRES
oui				
non				

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.....  
.....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non   
(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

**Indiquez ci-après les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation) **en précisant les précautions à prendre**.....  
.....

Groupe sanguin :.....

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses ou appareil dentaire, etc ?.....  
.....

Type de repas : .....

Nom et tel du médecin traitant.....

Je soussigné(e)..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :