



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNEE 2023-2024

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

ENFANT	<input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon
Nom : _____		
Prénom : _____ Date de naissance : _____		
<input type="checkbox"/> Moguérou <input type="checkbox"/> Ange Gardien <input type="checkbox"/> Autre Classe : _____		

Restaurant scolaire Garderie Accueil Loisirs Ecole Municipale des Sports (GS-CP)

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
☎ 1: _____	☎ 2: _____
📧 : _____	@ _____

AUTORISATIONS :		
• Autorise l'organisateur à transporter mon enfant par les moyens jugés utiles	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Autorise la prise de photos et de vidéos par la mairie lors des activités organisées par elle à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Autorise mon enfant à quitter seul la structure après les activités :		
○ - Accueil Loisirs	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
○ - Garderie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
○ - Ecole Municipale des Sports	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Autorise les enseignants à récupérer mon enfant à l'accueil périscolaire ou à la cantine lors d'évènements exceptionnels en accord avec le personnel encadrant de la commune	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :		
Nom, prénom	Numéro de téléphone	Lien de parenté

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

Date : _____ Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé ») _____
.../...

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS DES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON	DATE
DIPHTERIE				COQUELUCHE			
TETANOS				HAEMOPHILUS			
POLIOMYELITIS				RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE			
				HEPATITE B			
				PNEUMOCOQUE			
				AUTRES (PRECISER)			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. **Nota** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

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**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....
 (SI OUI JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL)
 REGIME ALIMENTAIRE : OUI NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Signature :