



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année Scolaire _____ - _____

1 – ENFANT

NOM - PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
SEXE	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
GROUPE	<input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Primaire

2 - PARENTS

	MERE	PERE
NOM		
PRENOM		
 TELEPHONE PORTABLE	___ / ___ / ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ / ___ / ___
 TELEPHONE PROFESSIONNEL	___ / ___ / ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ / ___ / ___

3 – INFORMATIONS MÉDICALES

3.1 – VACCINATIONS

JOINDRE LES PAGES « VACCINATIONS » DU CARNET DE SANTE

ou les carnets de vaccinations ou une attestation du médecin

3.2 – ANTECEDENTS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX

JOINDRE LES PAGES « MALADIES INFECTIEUSES » DU CARNET DE SANTE

Indiquez ci-dessous les **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** jugées comme susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil, en précisant les dates et les **PRECAUTIONS A PRENDRE** :

.....

.....

3.3 – PATHOLOGIES CHRONIQUES OU AIGUËS

Indiquez ci-dessous les **PATHOLOGIES CHRONIQUES OU AIGUËS** en cours :

.....

Si votre enfant présente une pathologie chronique ou aiguë (de courte ou de longue durée), merci de nous transmettre **impérativement l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice**, sans quoi les médicaments ne pourront être administrés à l'enfant..

3.4 – ALLERGIES ET PRISE EN CHARGE PARTICULIERE DE L'ENFANT

Indiquez ci-dessous les allergies ou les particularités nécessitant une prise charge spécifique de l'enfant :

.....

L'enfant est-il suivi dans le cadre d'un protocole d'Accueil Individualisé ?

- Oui - Merci de nous fournir le Protocole d'Accueil Individualisé
 Non - Pas de prise en charge particulière

3.5 – MECECIN TRAITANT A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Dr ☎ ____ / ____ / ____ / ____ / ____

4 – RECOMMANDATIONS UTILES

- En cas de forte chaleur, j'autorise le personnel à appliquer sur mon enfant de la crème solaire : oui non
- Précisez si votre enfant porte : Des lunettes Des prothèses auditives Un appareil dentaire
 Des lentilles Autres :

5 – REGIMES ALIMENTAIRES

Afin de respecter vos différences de régime alimentaire, veuillez nous préciser si votre enfant consommera des repas :

- SANS PORC VEGETARIEN

6 – AUTORISATIONS

6.1 – AUTORISATION PARENTALE

- J'autorise le personnel du Service Enfance à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.

6.2 – AUTORISATION DE TRANSPORT

- J'autorise le transport de mon enfant par le Service Enfance

6.3 – AUTORISATION DE PARTIR SEUL

- J'autorise mon enfant à partir seul
 Je n'autorise pas mon enfant à partir seul

6.4 – PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE
			____ / ____ / ____ / ____ / ____
			____ / ____ / ____ / ____ / ____
			____ / ____ / ____ / ____ / ____
			____ / ____ / ____ / ____ / ____
			____ / ____ / ____ / ____ / ____
			____ / ____ / ____ / ____ / ____

6.5 – AUTORISATION DE DIFFUSION DE L'IMAGE

J'autorise mon enfant à être photographié : oui non

J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant :

- en interne (dans les locaux du Service Enfance (affichages, bricolages, etc...)): oui non
- en externe (bulletin municipal, site internet, programmes, ...) : oui non

Je soussigné(e)certifie que l'ensemble des renseignements fournis et rédigés sur cette fiche sont complets et exacts.

Fait à, le ____ / ____ / 20 ____ **Signature :**