

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2023-2024**

**Accueils Périscolaires
GARDERIE ET RESTAURANT**

<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM : <input type="text"/></p> <p>PRÉNOM : <input type="text"/></p> <p>DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> (Saisir JJ/MM/AAAA)</p> <p>GARÇON <input type="radio"/> FILLE <input type="radio"/></p> <p>Classe : <input type="text"/></p> <p>Repas sans porc : OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/></p> <p>Repas exclusivement végétarien : OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/></p> <p>Si validation par le conseil municipal et le prestataire des repas</p>	<p>PHOTO de l'enfant à coller</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>
--	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DE MUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS (*)	DATES
Diphthérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Autres (préciser) <input type="text"/>	

(*) Obligatoire si née après 2018

(Saisir JJ/MM/AAAA)

(Saisir JJ/MM/AAAA)

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** ? oui non Si oui, lequel ?

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

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
COQUELUCHE		OTITES		ROUGEOLE		OREILLONS		ASTHME	
<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, ALLERGIES HORS ALIMENTAIRES*, HOSPITALISATIONS, OPÉRATIONS, RÉÉDUCTIONS) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

* (Ne pas noter les allergies alimentaires). TOUTES ALLERGIES ALIMENTAIRES ENTRAÎNERA LA MISE EN PLACE D'UN Projet d'Accueil Individualisé ÉTABLI AVEC L'ÉCOLE ET L'OBLIGATION POUR LES PARENTS DE FOURNIR UN PANIER REPAS (cantine et garderie voir règlement intérieur).

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 – COORDONNÉES DU RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. DOMICILE :

TÉL. PORTABLE : TÉL. BUREAU :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. DOMICILE : TÉL. BUREAU :

TÉL. PORTABLE :

6- MÉDECIN TRAITANT :

NOM : Dr TÉL. :

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

Date : (saisir JJ/MM/AAAA)

Signature :