



Fiche sanitaire de liaison

Informations nécessaires en cas d'urgence

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
Établissement scolaire fréquenté : _____
Classe : _____

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Obligatoires

Diphtérie* ____ / ____ / ____	Coqueluche ____ / ____ / ____
Tétanos* ____ / ____ / ____	Haemophilus ____ / ____ / ____
Poliomyélite* ____ / ____ / ____	Pneumocoque ____ / ____ / ____
Rougeole Oreillon Rubéole ____ / ____ / ____	

() La primo vaccination est obligatoire pour tous. Les rappels sont recommandés pour tous et obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018*

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : _____ kgs Taille : _____ cm
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 donné sans PAI.

TROUBLES DE SANTÉ

Allergies alimentaires :	☐ Oui* ☐ Non Précisez la cause : _____
Allergies médicamenteuses :	☐ Oui* ☐ Non Précisez la cause : _____
Allergies asthme :	☐ Oui* ☐ Non Précisez la cause : _____
Autres allergies :	☐ Oui* ☐ Non Précisez la cause : _____

() Si oui, joindre un PAI précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.*



AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Votre enfant présent-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

☐ Oui

☐ Non Précisez :

Fait-il l'objet d'un P.A.I. ?

☐ Oui

☐ Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte :

☐ des lunettes

☐ des lentilles

☐ des prothèses auditives

☐ un appareil dentaire

☐ autre, précisez : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tel: _____

PRATIQUE ALIMENTAIRE PARTICULIERE

☐ Végétarien (sans viande sans poisson)

☐ Sans viande

☐ Sans porc

☐ autre, précisez : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toutes modifications,

- autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Fait à

Le ____ / ____ / ____

Signature :

Les informations personnelles recueillies dans ce document, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre enfant et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Ces informations sont enregistrées par le service jeunesse dans un fichier informatisé pour la préparation et la gestion des temps périscolaires et extrascolaires et notamment le logiciel et le portail famille BL-enfance, mis à disposition par la société Berger-Levrault, accessible depuis le site Internet de la commune.