

FICHE SANITAIRE DE LIAISON *

*Une fiche sanitaire par enfant inscrit.

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Sexe :

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé de l'enfant ou vous pouvez si vous le souhaitez joindre une copie de celui-ci)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (Précisez)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical à prendre pendant les heures d'accueil ? Oui Non

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec notice).

- L'enfant souffre-t-il d'une allergie et/ou d'une maladie chronique ? Oui Non

Si oui, précisez :

- Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses dentaire, etc.? Oui Non

Si oui, précisez :

MEDECIN TRAITANT :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) :, représentant légale de l'enfant :déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance et approuver le règlement des services de restauration scolaire , d'accueil périscolaire et des activités pédagogiques qui pourra être révisé par le Conseil Municipal en cas de nécessité et l'accepte.

Autorise l'accès à mon dossier d'allocataire CAF

Autorise les prises de vue en groupe et/ou seul de mon enfant pour diffusion dans la presse, bulletin communal, et/ou le site internet de la Commune.

Autorise mon enfant à se rendre et quitter seul l'accueil périscolaire (excepté les enfants de la maternelle).

Autorise M..... à emmener et rechercher mon enfant à l'accueil périscolaire.

Autorise le responsable des services ou le personnel d'encadrement à administrer les médicaments selon la posologie précisée par écrit.

Autorise le transfert de mon enfant, par les services d'urgence (SAMU /POMPIER), à l'établissement de soin le plus proche.

Autorise toute intervention chirurgicale rendue nécessaire par l'état de mon enfant.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS :

NOM-Prénom : Lien de parenté Tél :

NOM-Prénom : Lien de parenté Tél :

NOM-Prénom : Lien de parenté Tél :

Fait à Méziré, Le

Signature