

FICHE SANITAIRE

1- ENFANT

DE LIAISON

20..-20..

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités organisées par la Mairie.

Ce document sera transmis **AU RESPONSABLE** des équipes d'animation. Il permet de délivrer les informations nécessaires pour la prise en charge éventuelle de votre enfant en toute sécurité. Il sera détruit si votre enfant ne fréquente plus le groupe scolaire.

2 - VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé et fournir les photocopies des certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	OUI	NON	Dates
Diphtérie, tétanos, polio, Coqueluche, hépatite b				BCG			
				Papillomavirus			
Pneumocoque				Hépatite B			
Méningocoque							
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)							

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un **CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION**

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?

OUI

Traitement :

NON

Si oui, précisez et joindre une photocopie d'une **ordonnance** récente

Aucun médicament ne peut être donné par le personnel encadrant

Nom du médecin traitant :

Tél. :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (Cases à cocher)

	OUI	NON
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		

	OUI	NON
Otite		
Angine		
Rougeole		

	OUI	NON
Rhumatisme articulaire aigu		
Oreillons		
Scarlatine		

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		

Autres allergies

Précisez la cause de l'allergie et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler) :

L'enfant bénéficie-t-il d'un **P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé) ?

OUI

NON

Indiquez les **difficultés de santé** (Maladie, Accident Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation...) en précisant les **précautions à prendre** :

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il ?

	OUI	NON
Des lentilles		
Des lunettes		
Des prothèses auditives		
Des prothèses dentaires		

Autres informations :

TOURNEZ LA PAGE *svp*

5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

PÈRE	
Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
Tél. fixe dom :	<input type="text"/>
Tél. portable :	<input type="text"/>
Mail :	<input type="text"/>
Tél. professionnel :	<input type="text"/>
J'accepte de communiquer mon adresse mail aux associations de parents d'élèves (case à cocher)	
Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

MÈRE	
Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
Tél. fixe dom :	<input type="text"/>
Tél. portable :	<input type="text"/>
Mail :	<input type="text"/>
Tél. professionnel :	<input type="text"/>
J'accepte de communiquer mon adresse mail aux associations de parents d'élèves (case à cocher)	
Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

Autre(s) personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant

Nom :	<input type="text"/>	Lien de parenté :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>		
Tél. fixe dom :	<input type="text"/>		
Tél. portable :	<input type="text"/>		
Nom :	<input type="text"/>	Lien de parenté :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>		
Tél. fixe dom :	<input type="text"/>		
Tél. portable :	<input type="text"/>		

6- AUTORISATIONS et DROIT à l'IMAGE

Je, soussigné,

Responsable légal de l'enfant,

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du site à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

(Cochez votre choix)

	OUI	NON
* Autorise mon enfant à pratiquer des activités sportives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Autorise les sorties de mon enfant en pédibus dans le cadre des activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Autorise la prise de vue ainsi que la publication de l'image, du nom et de la voix de mon enfant dans le cadre des activités.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

le, _____ **Signature :**