

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'enfant	Responsables légaux de l'enfant
Nom :	Responsable 1 :
Prénom :	Nom :
Date de naissance :/...../.....	Prénom :
Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐	Téléphone :
Taille / poids (en cas d'urgence) :	Mail :
.....	Adresse postale :
Médecin traitant :	
Ville :	Responsable 2 :
Téléphone :	Nom :
N° de sécurité sociale :	Prénom :
	Téléphone :
	Mail :
	Adresse postale :
	

SI VOTRE ENFANT A DES ALLERGIES ET/OU DES DIFFICULTES DE SANTE, MERCI DE JOINDRE UNE PHOTO AVEC CE DOCUMENT.

ALLERGIES (cochez) : ASTHME ☐ MEDICAMENTEUSE ☐ ALIMENTAIRE ☐ AUTRES ☐
 PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (joindre certificat médical) :

.....

INDIQUER LES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE (pas de viande, pas de porc, intolérance au lactose, etc...) :

.....

.....

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie, tétanos et poliomyélite				Tuberculose	
Haemophilus influenzae de type B				Varicelle	
Hépatite B				Grippe	
Infections invasives à pneumocoque				Zona	
Méningocoque de sérogroupe C				Papillomavirus humains	
Rougeole, Oreillons Coqueluche et Rubéole				Autres	

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.



L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	

L'enfant 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).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Personnes à joindre en cas de besoin (après avoir essayé de contacter les parents) :

	Contact 1	Contact 2	Contact 3
Nom d'usage			
Prénom			
Lien de parenté			
Téléphone			
Autorisé à venir chercher l'enfant en cas d'urgence	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant..... Accepte ☐
refuse ☐ que mon enfant soit photographié durant les activités organisées par la mairie de Sannerville.

Je reconnais et accepte que les images puissent être utilisées pour illustrer les différents supports de communication (journal communal, local, site internet, blog de l'école) ou supports pédagogiques.

DEMANDE D'AUTORISATION A RENTRER SEULE

J'accepte ☐ Je refuse ☐ que mon enfant rentre seul(e) après les différents accueils.

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

J'atteste que les renseignements portés sur mon profil du logiciel de facturation sont corrects.

Date :

Signature :