

Fiche sanitaire de liaison

Accueil des services périscolaires

1. Identité de l'enfant

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon

2. Vaccinations

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

VACCINS	DATES	AUTRES VACCINS (préciser)	DATES
DT polio ou Tétracoq			
Pneumocoque			
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)			
Coqueluche			

3. Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui,
Précisez :

Aucun traitement médical ou paramédical ne pourra être administré par les agents municipaux. Seuls les PAI (Projet d'Accueil Individualisé) scolaires validés pourront être mis en œuvre.

ALLERGIES :

ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES :

Pour les allergies alimentaires, un P.A. I. (Projet d'Accueil Individualisé) doit impérativement être fourni.

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 des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....
.....
.....
.....

5. Responsable de l'enfant

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone(s) portable(s) :

Téléphone(s) professionnel(s) :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage à signaler toute modification** (notamment pour les vaccinations et les PAI).

Date :

Signature