

Fiche sanitaire de liaison individuelle

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pour l'accueil de votre enfant.

Enfant :

Nom : Prénom :
Adresse : Ville :
Date de naissance fille garçon

Ecoles :

Les Chrysalides Ecole Saint Anne

I - Responsables légaux de l'enfant :

Responsable 1 :

Nom : Prénom :
Adresse : Ville :
Tél. domicile : travail : portable :
Adresse mail :

Responsable 2 :

Nom : Prénom :
Adresse : Ville :
Tél. domicile : travail : portable :
Adresse mail :

Compagnie d'assurance : Nom de l'organisme et numéro de contrat :

N° allocataire CAF :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom et prénom : tel : lien de parenté :
Nom et prénom : tel : lien de parenté :
Nom et prénom : tel : lien de parenté :
Nom et prénom : tel : lien de parenté :

Autorisations diverses :

- Accord de l'utilisation de l'adresse mail pour l'envoi des factures
- Souhaitez-vous recevoir des informations par SMS
- Droit à l'image
- Autorisation à rentrer seul

Nom et téléphone du médecin traitant :

II - Vaccinations : (joindre obligatoirement la photocopie des pages «vaccination » du carnet de santé de votre enfant)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel		Vaccins recommandés	Date	
	oui	non		oui	non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (préciser)		
ou Tétracoq					
B.C.G.					

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

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

III - Renseignements médicaux :

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

Si oui lequel ?

L'enfant a-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) ? Joindre une copie

PAI : régime alimentaire

PAI : affection chronique nécessitant des précautions, un traitement...

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : le cas échéant, le responsable du restaurant scolaire peut vous solliciter pour un entretien.

Médicamenteuses oui non Asthme oui non

Alimentaires oui non Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

IV - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :