



# 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
- Droit à l'image (photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires et la diffusion sur :
  - Bulletin municipal de la commune
  - Réseaux sociaux (Facebook de la commune)
  - Site internet de la commune
- 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	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphthérie				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 ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<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
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<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	

J'accepte que les éléments ci-dessous soient traités par la commune de Saint-Brandan

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

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.** (facultatif)

.....

**IV - Recommandations utiles :**

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

.....

Nous soussignés (nom et prénom),.....représentants légaux de l'enfant, **déclarons exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorisons** M 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 :