



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
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
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ 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 :