



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

REF CERFA N°10008*02

ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

1 - ENFANT :

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	LIEU DE NAISSANCE :
ECOLE :	CLASSE :
DEROGATION : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

L'enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé (concerne les enfants atteints de troubles de santé) : OUI NON ALIMENTAIRE : OUI NON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités péri et extra scolaire ; elle évite de vous démunir de son carnet de sante et sera détruite en fin d'année.

2 - VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HEPATITE B	
TETANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
POLIOMELITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		COQUELUCHE	
OU DT POLIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		AUTRE (préciser)	
OU TETRACOQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE -INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical (seulement pour l'accueil de loisirs) ? OUI NON

Si oui joindre **une ordonnance** récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Allergies : ASTHME OUI NON / MEDICAMENTEUSE OUI NON / ALIMENTAIRES OUI NON

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et 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 – AUTORISATIONS PARENTALES

Responsable(s) légal ou légaux de l'enfant PERE ET MERE MERE PERE

Situation familiale : MARIE(E) VIE MARITALE SEPARÉ(E) DIVORCÉ(E) CELIBATAIRE

PERE

NOM ET PRENOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE : TEL PROF. :

MERE

NOM ET PRENOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE : TEL PROF. :

Personnes à joindre en cas d'urgence et autorisées à venir chercher mes enfants en restaurant scolaire, garderie et accueil de loisirs (autre que les parents) :

1 - NOM ET PRENOM : QUALITE :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE : TEL PROF. :

2 - NOM ET PRENOM : QUALITE :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE : TEL PROF. :

3 - NOM ET PRENOM : QUALITE :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE : TEL PROF. :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant déclare :

- avoir pris connaissance que je dois être présent lors de la sortie de mes enfants et qu'ils ne pourront être confiés par le directeur de centre ou par l'agent municipal, à une autre personne que celles citées ci-dessus, exceptionnellement en restaurant scolaire ou en garderie du matin et après 16h30 en garderie du soir ;
- autoriser mes enfants à participer à toutes les activités en accueil de loisirs sous l'autorité du directeur de centre ;
- exact les renseignements portés sur cette fiche ;
- s'engager à informer le service jeunesse de toutes modifications ;
- autoriser le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

DATE : ____/____/____

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :