MAIRIE DE BARJOLS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	
	Nom de L'Enfant
	Prénom :
	Date de naissance : **Sexe : F M**
	NOM du responsable légal :
	Adresse :
	Ecole :
	Classe :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles et nécessaires pendant les séjours ou les activités de l'enfant durant l'année scolaire, elle évite ainsi de vous démunir de son carnet de sante.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
à noter : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

- **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical?** **OUI** **NON**

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage ***d'origine*** marquées au nom de l'enfant et avec la notice) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

- **L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBÉOLE				VARICELLE				ANGINE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ				SCARLATINE			
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON	
COQUELUCHE				**OTITE**				**ROUGEOLE**				**OREILLONS**							
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON					

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

ALLERGIES : Asthme **OUI** **NON** Alimentaires : **OUI** **NON**

Médicamenteuses : OUI **NON** Autres : **OUI** **NON**

Informations diverses.....

INDIQEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

…….....

…….....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES DES LUNETTES DES PROTHÈSES AUDITIVES

DES PROTHÈSES DENTAIRES AUTRES… PRÉCISEZ.

.....…….....

RESTAURATION SCOLAIRE :

Souhaitez-vous que votre enfant déjeune à la RESTAURATION SCOLAIRE **OUI** **NON**

Tous les jours **OUI** **NON** Occasionnellement **OUI** **NON**

A-t-il un régime spécial oui non A-t'il un PAI (protocole d'accueil individualisé) ? Oui Non

Si oui lequel ?

Copie du PAI à fournir en mairie

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM .....PRÉNOM ……..

ADRESSE (si différente de celle de l'enfant)

.....

.....…….....

TÉL :.. DOMICILE : ……TRAVAIL : ……PORTABLE :…….

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

……..

Combien de parents vivant avec l'enfant ont une activité professionnelle 1 2

Nom(s) du ou des employeur(s)

……..……..

……

……

ASSURANCE civile :……N° du contrat…… ……..

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

Je certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement de la cantine scolaire

Date et signature du responsable légal

Le

Cette fiche est obligatoire pour toute inscription à la restauration scolaire ou à l'accueil périscolaire