

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Cette fiche est à compléter **POUR CHAQUE ENFANT**
et à remettre à la Mairie avec le dossier d'inscription Accueil périscolaire et Restaurant scolaire
AVANT LE 1^{er} JUIN 2017

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT Polio			

VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL
Hépatite B			
Rubéole Oreillons Rougeole			
Coqueluche			
Autres (préciser)			

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Rubéole <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	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	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

L'enfant suit-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez lequel :
L'enfant est-il allergique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez lequel :
L'enfant suit-il un régime alimentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Précautions à prendre Recommandations utiles (lunettes, prothèses auditives, dentaires, accident, opération...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :

Je soussigné(e), **(NOM/PRENOM)**
responsable légal de(s) l'enfant(s), **déclare exact les renseignements** portés dans ce dossier et **autorise les responsables de la restauration et des activités périscolaires** à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (un enfant pourra être orienté ou transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté).

Je certifie exact les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

A _____, le _____

Signature du père

Signature de la mère

ou autre responsable légal