



FICHE SANITAIRE DE LIAISON Restauration et Accueil Péri-scolaire 2021-2022

ENFANT : Nom :Prénom :

Date de naissance :

Garçon 0

Fille 0

▪ VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé)

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 Tétanos					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

▪ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui 0 Non 0

Si oui, joindre une ordonnance médicale récente pour information des services médicaux en cas d'urgence.

Aucune médication ne sera administrée par un agent de la restauration scolaire et accueil périscolaire. Si la médication est obligatoire les parents doivent prendre leurs dispositions pour venir donner eux même le traitement.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	Oui 0 Non 0	

ALLERGIES : ASTHME : Oui 0 Non 0

MEDICAMENTEUSES : Oui 0 Non 0

ALIMENTAIRES Oui 0

Pour un enfant souffrant d'allergie(s) alimentaire(s) son inscription ne sera effective qu'à partir du moment où un PAI et/ou un certificat médical nous aura été fourni.

Non 0

Régimes Sans Porc 0

Indiquez 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 lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ... ? Précisez
Joindre l'attestation d'assurance responsabilité civile du représentant légal de l'enfant ou assurance scolaire 2021-2022

.....
.....
▪ RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile :Téléphone portable :

Téléphone Travail :

Veillez communiquer tout changement de situation familiale, changement d'adresse ou de coordonnées téléphoniques ; en cas de divorce joindre la copie de la 1ere page du jugement de divorce et de la page relative à la garde des enfants.

Nom et téléphone du médecin traitant :

RENSEIGNEMENTS AUTORISATION DE SORTIE

Responsable (1) :

n° téléphone :

Responsable (2) :

n° téléphone :

Personne à prévenir en cas d'accident : (autre que les parents)

Nom et prénom..... Téléphone.....Qualité

PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER VOTRE ENFANT (autre que les parents)

Nom et prénom..... Téléphone.....Qualité

Nom et prénom..... Téléphone.....Qualité

Nom et prénom..... Téléphone.....Qualité

Nom et prénom..... Téléphone.....Qualité

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la restauration scolaire et de l'accueil périscolaire le cas échéant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :