

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
PERISCOLAIRE/RESTAURANT SCOLAIRE
DE SAINT MARTIN LA PLAINE**

1- Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

Ecole et classe fréquentée année 2020-2021 :

Régime : général MSA Autres :

2- Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés			Dates
	oui	non					
Diphtérie				BCG			
tétanos				Hépatite B			
poliomyélite				Rubéoles – Oreillons - Rougeoles			
Ou DT Polio				Coqueluche			
Ou tétracoq				Autres (préciser)			

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 médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical durant l'accueil ? 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 avec la notice**)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	Oui	Non
Rubéole		
Varicelle		
Angine		
Rhumatisme articulaire aigu		
Scarlatine		
Coqueluche		
Otite		
Rougeole		
oreillons		

L'enfant a-t-il des allergies connues ?	Oui	Non
Asthme		
Alimentaires		
médicamenteuses		
Autres :		

Si oui, L'allergie doit être signalée à l'inscription et la mise en place d'un P.A.I est obligatoire.

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**. Régime alimentaire , autres....

.....
.....

4- Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.....Précisez.

.....
.....

5- Renseignement sur l'assurance (responsabilité civile)

Nom de l'assurance (responsabilité civile) :

.....

Adresse de l'assurance :

.....

Numéro de contrat :

.....

6- Autorisations

Aucun enfant ne sera confié à une personne, non autorisée par écrit, à venir le chercher. Les parents autorisant leurs enfants à quitter seul l'accueil, doivent aussi le signaler par écrit.

En cas d'absence des parents, coordonnées de la (des) personne(s) à contacter en priorité et susceptibles(s) de venir chercher l'enfant.

Nom et prénom :

TEL : domicile : Travail :

Portable :

Nom et prénom :

TEL : domicile : Travail :

Portable :

J'autorise l'accueil périscolaire à prendre mon enfant en photo dans le cadre du périscolaire ?

Oui Non

7- Responsable légal de l'enfant

Nom :Prénom :

.....

Adresse :

.....

TEL (domicile, portable) :

Nom et tel du médecin traitant (facultatif) :

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

Date : Signature :