



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2023/2024

1- ENFANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance
Lieu de naissance
Ecole :

Garçon

Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT ;

1- ACTIVITES (cocher l'activité concernée)

- Restauration scolaire
 Accueil de loisirs Mercredi
 Accueil Périscolaire

2 - 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	oui	non	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre 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 avec la notice**)

Votre enfant a-t-il un PAI (Plan d'Accueil Individualisé) ?

oui non

Si oui, fournir le **document dûment complété et signé par le médecin.**

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

	oui	non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	oui	non
Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	oui	non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES *	oui	non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres allergies	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* En cas d'allergie, veuillez transmettre un certificat médical attestant de l'allergie de votre enfant ainsi que le protocole à suivre en cas de manifestation de celle-ci.

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, REGIME ALIMENTAIRE, ETC... PRÉCISEZ.

6 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom : Prénom
Nom : Prénom

Adresse où réside l'enfant

Code postal Ville

Tél. fixe domicile
Tél. portable M.
Tél. portable Mme

Tél. fixe prof. M.
Tél. fixe prof. Mme

Facultatif Nom du médecin traitant Tél.

Numéro Allocataire CAF

Numéro sécurité sociale

Personnes à contacter ou autorisées à venir chercher l'enfant de plus de 14 ans (autre que les parents)

Nom -Prénom	qualité	Téléphone
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

7-Autorisations

Madame/Monsieur
Autorise l'enfant

Dans le cadre des activités réalisées par les enfants , la diffusion de textes , de photographies (presse locale et site web), d'enregistrement sonores ou de créations de toute nature , concernant mon enfant dans un but strictement pédagogique

À voyager en voiture individuelle si la situation se présente.

À être pris en charge pour toute intervention médicale d'urgence.

Je soussigné

responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche .

VILLE D'AVION Règlement Général sur la Protection des Données

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à *l'inscription de votre enfant aux activités organisées par les services enfances de la ville d'Avion*. Les destinataires des données sont les agents du service enfance de la Ville d'Avion. Vous avez le droit d'accéder à vos données, de demander à rectifier les informations en cas d'erreur ou de changement, de demander l'effacement de vos données ou de vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à : donneespersonnelles@ville-avion.fr Pour en savoir plus, vous pouvez contacter le service de la ville d'Avion au 03.21.14.76.50

le

Signature