

SIVOS BOISSY /MENERVILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil périscolaire de l'enfant.

Elle évite de vous démunir de son carnet et de répondre à toute éventualité

ANNEE SCOLAIRE 2022/2023

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. Enfant :

Garçon

Fille

Classe :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

2. Vaccinations : (se référer au carnet de santé) : Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication , attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

3. Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit t-il un traitement médical ? Oui Non

Nom et téléphone du médecin de l'enfant : (Aucun médicaments ne pourra être pris sans ordonnance).....

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

<u>Rubéole</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Varicelle</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Angine</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Rhumatisme articulaire aigu</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Scarlatine</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Coqueluche</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Otite</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Rougeole</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Oreillons</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Allergies : Asthme Oui Non Médicamenteuse Oui Non

Alimentaires Oui Non Autres Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et de la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 Renseignements sur les différents accueils de l'enfant :

Restauration scolaire :

Tous les jours Occasionnellement

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Accueils périscolaires : Matin Soir Matin et soir

N° et nom de la compagnie d'assurance scolaire : Voir attestation jointe

5 Renseignements familiaux :

Les parents sont : Célibataires Mariés Divorcés Vie maritale

Nom et prénom du Parent 1 :

Nom et prénom du Parent 2 :

Adresse du domicile :

Téléphone domicile :

Téléphone Portable du Parent 1 :

Adresse Mail :

Employeur :

Téléphone Portable du Parent 2 :

Employeur :

Adresse mail :

6 Autorité parentale :

Je soussigné (e) M. ou Mme

Autorise le personnel communal assurant le périscolaire à faire soigner et faire pratiquer toute intervention d'urgence concernant mon enfant

En cas d'accident, il sera transporté dans la structure (Centre médicale, Hôpital, Clinique) décidée par les services de secours intervenant suite à leur appel au 15.

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié et accepte la diffusion en interne de son

image, sans but commercial : Oui Non

Noms des personnes habilitées à venir chercher les enfants en cas d'absence	Téléphone

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à Boissy Mauvoisin

Le

Signature