



**ATTENTION !!! DOCUMENT A REMPLIR AVANT...
ET A RENDRE LE JOUR DE L'INSCRIPTION**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 2018-2019

**Joindre OBLIGATOIREMENT
la copie des pages vaccinations**

Enfant : Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Responsable(s) de l'enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____ C.P. _____ VILLE: _____

Numéro à joindre **EN PRIORITE**: ____ / ____ / ____ / ____ / ____

PERE :

Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Téléphone du lieu de travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

MERE :

Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Téléphone du lieu de travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

**Veillez indiquer les noms et n° de téléphone des personnes pouvant être amenées à récupérer l'enfant
et/ou à contacter en cas d'urgence :**

NOM : _____ Lien avec l'enfant: _____ N° de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

NOM : _____ Lien avec l'enfant: _____ N° de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

NOM : _____ Lien avec l'enfant: _____ N° de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

NOM : _____ Lien avec l'enfant: _____ N° de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

NOM : _____ Lien avec l'enfant: _____ N° de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

L'enfant est autorisé à rentrer seul:

Après les activités des Accueils de Loisirs? Oui Non
Après les séances de garderie? Oui Non

Nom du médecin traitant : Dr _____ Ville: _____ Tél: ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Indiquez ci-après les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

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

Rubéole : OUI : NON :

Otite : OUI : NON :

Oreillons : OUI : NON :

Coqueluche : OUI : NON :

Angine : OUI : NON :

Scarlatine : OUI : NON :

Varicelle : OUI : NON :

Rougeole : OUI : NON :

Allergies :

Alimentaire : OUI : NON :

P.A.I.*: OUI : NON :

Si oui, lesquelles ? _____

(* à joindre obligatoirement et disponible en Mairie)

Asthme : OUI : NON :

Médicamenteuses : OUI : NON :

Si oui, lesquelles ? _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir
(si automédication, et **UNIQUEMENT POUR L'ASTHME**, le signaler) :

N° de Sécurité sociale sur lequel est inscrit l'enfant :

Mon enfant pourra t-il être photographié ou filmé pendant

les activités des Accueils de Loisirs? Oui Non

les activités du Restaurant Scolaire? Oui Non

les activités de la Garderie Périscolaire? Oui Non

(usage interne pour diffusion sur les supports municipaux)

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

Date : __ / __ / ____

Signature :