

Photo enfant

**SERVICE ENFANCE JEUNESSE  
 VILLE DE BOLLENE**

PAI : OUI NON

**FICHE DE LIAISON SANITAIRE**

**ANNÉE SCOLAIRE -----**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles et obligatoires concernant la santé de votre enfant durant le temps méridien

**RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ENFANT**

Ecole Fréquentée : -----Classe : -----

Nom : -----

Prénom : -----

Date de naissance : -----

Nom du Papa et N° Tél : -----

Nom de la Maman et N° Tél : -----

**En cas d'urgence, Nom et N° de téléphone d'une autre personne autre que les parents (lien avec l'enfant):**  
 -----

**Adresse:** ----- **Ville:**-----

**Nom et N° de téléphone des personnes autorisées\* autre que les parents à récupérer l'enfant et lien avec l'enfant:**

1/ -----

2/ -----

3/ -----

Droit à l'image (autorisation photos): OUI NON

Droit de Sortie: OUI NON

**VACCINATION – Photocopies Obligatoires  
 (se référer au carnet de santé et certificats de vaccination )**

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
	oui	non			
Diphtérie/Tétanos/Poliomélie				BCG - monotest	
Ou DT polio				Hépatite B	
Ou Tétracoq				Rubéole/oreillons/rougeole	
				Coqueluche	
				Méningite	
				Varicelle	
				Infection invasives à pneumocoque	
				Autres -----	

**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.**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit il un traitement médical OUI  NON

➤ si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondant (boîte de médicament dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

➤ Aucun traitement médical ne sera pris sans ordonnance.

➤ Autorise que mon enfant en cas de fièvre puisse prendre du Doliprane et certifie qu'il n'est pas allergique.

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aiguë		scarlatine	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		

L'enfant a-t-il des allergies ?

Alimentaires OUI  NON   
Médicamenteuses OUI  NON   
Autres OUI  NON  préciser-----

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

L'enfant a-t-il des difficultés de santé demandant une attention particulière ?

Maladie OUI  NON  Préciser-----  
Accident OUI  NON  Préciser-----  
Crises convulsives OUI  NON  Préciser-----  
Hospitalisation OUI  NON  Préciser-----  
Opération OUI  NON  Préciser-----  
Rééducation OUI  NON  Préciser-----

Précautions à prendre ?

Autres renseignements utiles à l'accueil de l'enfant

Mange-t-il du porc OUI  NON   
Asthme OUI  NON   
Handicap OUI  NON  Préciser-----  
Handicap avec mobilité réduite OUI  NON   
Yoyo OUI  NON   
Verres correcteurs OUI  NON   
Appareil dentaire OUI  NON

**Le Médecin traitant :** -----

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : -----Prénom-----

Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce document et autorise le responsable de la structure accueillante à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à-----le-----

Signature obligatoire (suivie de la mention « lu et approuvé »)

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Service Enfance Jeunesse de la Ville de Bollène.