

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 aigüe		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.