



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SCOLAIRE/PERISCOLAIRE
A RENOUVELER CHAQUE ANNEE

IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT : PRENOM :

Date de naissance :/...../..... Sexe : Fille Garçon

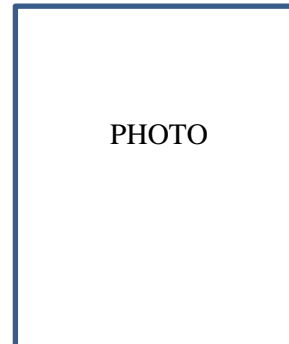
Ecole : Maternelle Elémentaire

Classe :

Votre enfant est-il suivi par un Assistant de Vie Scolaire ? oui non

Nom du médecin traitant et coordonnées :

.....



IDENTITÉ DE LA FAMILLE

Responsable 1

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ Domicile : ☎ Portable :

Responsable 2

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ Domicile : ☎ Portable :

En cas de séparation et/ou divorce merci de préciser l'autorité parentale : conjointe à la mère au père

Le lieu de résidence principale : garde alternée chez la mère chez le père

Famille recomposée, indiquer ci-dessous, le nom du conjoint : apparait sur le foyer n'apparait pas au sein du foyer (contact)

Nom : Prénom(s) :

☎ Domicile : ☎ Portable : ☎ Professionnel :

Adresse courriel :

Nom de l'assurance scolaire et périscolaire :

Numéro d'assuré :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

| Nom | Prénom | Lien avec l'enfant | ☎ Contact |
|-----|--------|--------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SCOLAIRE/PERISCOLAIRE
A RENOUELER CHAQUE ANNEE

Vaccinations

La partie vaccination est à compléter uniquement par les nouveaux arrivants et pour les enfants entrant en PS et en CP/CE1

| Vaccins obligatoires | oui | non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|--------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Poliomyélite ou DT Polio | | | | Coqueluche | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

Prière de joindre la photocopie du carnet de vaccinations ou joindre une attestation à jour du médecin traitant

Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (*aucun médicament ne sera donné sans ordonnance, la boîte de médicaments doit être dans son emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice*)

J'autorise l'équipe d'animation de l'enfant à lui donner son médicament (si ordonnance du médecin ou protocole de soins et que les instructions soient transmises par écrit)

L'enfant fait-il l'objet d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) ? :

oui non Si oui, PAI valable jusqu'au :
(Copie du PAI à remettre aux responsables des activités périscolaires)

L'enfant a-t-il une allergie connue ? : oui non

ASTHME ALIMENTAIRE MEDICAMENTEUSE AUTRES

Précisez

Autres informations médicales à signaler (*maladie, accident, hospitalisation, crises, rééducation, intervention chirurgicale, etc....*) :

.....

L'enfant porte-t-il des lunettes ? oui non

Régime alimentaire sans porc : oui non

Autres recommandations ou informations (*sieste, doudou, tétine, rituels, appétit, propreté, etc.*) :

.....

Dans le cadre des entrées et sorties de l'enfant, merci de bien vouloir remplir les autorisations que vous trouverez sur le site de la commune ou dans notre règlement intérieur.

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires y compris le transfert en milieu hospitalier.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par le service Education-Enfance de la ville de Bailly dans un fichier informatisé pour la gestion des informations sanitaires des enfants accueillis. Elles sont conservées pendant un an et sont destinées uniquement au service Education/Enfance. Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement Général sur la Protection des Données, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité de vos données en contactant notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : correspondant.cnil@agglovgp.fr

Fait à

Signature(s) :

Le