

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017/2018

Cette fiche est à remplir obligatoirement par le(s) responsable(s) légal (aux) de l'enfant, en cas d'hospitalisation, elle accompagnera l'enfant

PERISCOLAIRE DE MUTZIG

Tel : 09.67.10.07.11

SERVICE UTILISE : Temps d'activités périscolaires

Restaurant scolaire

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT (une fiche par enfant)

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / / à

Sexe M F

Ecole :

Classe :

Assurance Responsabilité Civile de l'enfant : N° contrat :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI

NON

L'enfant est-il allergique ? Asthme

OUI

NON

Alimentaire

OUI

NON

Médicamenteuse ?

OUI

NON

Autre

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

.....
.....
.....

Indiquez ci- après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez

.....
.....

Médecin traitant :

Adresse : Téléphone :

Régime alimentaire spécifique : OUI

NON

Préciser : Sans Porc

Autres (si justifié par une intolérance ou une allergie) :

Une prescription médicale devra être établie par le médecin en cas d'allergie ou d'intolérance.

Observations particulières (traitement médical, régime, allergies, lunettes, appareils dentaires, autres ...)

.....
.....

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq					
BCG					

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Nom/Prénom (Père / Mère / tuteur)

Adresse du domicile

Téléphone personnel en cas d'urgence (fixe et/ou portable)

E-mail

Numéros de téléphone professionnels

Nom/Prénom (Père / Mère / tuteur)

Adresse du domicile

Téléphone personnel en cas d'urgence (fixe ou portable)

E-mail

Numéros de téléphone professionnels

Personnes à prévenir en cas d'accident :

NOM	PRENOM	TEL n°1	TEL n°2

Personne(s) habilitée(s) à amener et/ou venir chercher votre enfant au centre :

NOM	PRENOM	TEL n°1	TEL n°2

