

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (Une fiche par enfant)

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : __/__/____ Sexe : M F

Lieu de naissance : _____ département : _____

Pays : _____

ECOLE :

CLASSE :

NOMS et PRENOM du (ou des) RESPONSABLE(S) LÉGAL (LÉGAUX) :

Adresse :

Téléphone (s) :

VACCINATIONS

Cocher le(s) vaccins

<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMELYTE	<input type="checkbox"/> PNEUMOCOQUE	<input type="checkbox"/> ROUGEOLE – OREILLONS - RUBEOLE
<input type="checkbox"/> COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> HEPATITE B	<input type="checkbox"/> MENINGOCOQUE C	<input type="checkbox"/> GRIPPE
<input type="checkbox"/> Papillonavirus	<input type="checkbox"/> HIB (Haemophilus influenzae type b)	<input type="checkbox"/> Autres	

Votre enfant a-t'il eut une ou plusieurs de ces maladies ? OUI NON

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

ALLERGIES ou contre-indication ou précautions particulières :

OUI (à joindre à la fiche sanitaire) NON

ASTHME (Préciser s'il s'agit d'un asthme à l'effort ou allergique / s'il y a un traitement de fond)

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES (préciser le nom du médicament et les symptômes en cas d'ingestion)

Médicaments :

Symptômes :

INTOLÉRANCES OU ALLERGIES ALIMENTAIRES

- Si oui : laquelle ou lesquelles ?

PRÉSENCE D'UN PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :

OUI (à joindre avec la fiche sanitaire) NON

AUTRES (Maladies, traitement de fond...) :

L'enfant porte-t-il des lunettes en permanence OUI NON

(Si oui pensez à une boîte pour les ranger en cas de besoin)

Nom du MEDECIN TRAITANT : _____

Téléphone : _____

J'autorise le personnel à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état et à le transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au centre hospitalier le plus proche et le plus adapté.

Date ... /... ./

Signature

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e) (nom et prénom) : _____ agissant en qualité de père, mère, tuteur ou tutrice de (nom et prénom de l'enfant) _____ né(e) le _____

Déclare autoriser le responsable de mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence.

Déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées.

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les pièces justificatives de ces frais et le dossier seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement).

A _____, le _____

Signature

MÉDICAMENTS D'URGENCE

À ne donner que sur prescription d'un médecin (MT ou M. Régulateur tracé)

- soit dans le cadre d'un protocole d'urgence
- soit après appel au SAMU centre 15.

Le médecin régulateur peut demander à titre de mesure conservatoire en attendant l'arrivée de l'équipe médicale d'urgence : d'effectuer une démarche, un geste ou de donner un médicament, de pratiquer un geste technique.

Tout changement, doit être signalé au service concerné de la commune.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE MON ENFANT EN CHARGE

(En dehors du ou des parents mentionnés sur le dossier).

CONTACT 1

Nom : Prénom :

DN

Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...)

A contacter en cas d'urgence ou besoin Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone fixe :portable.....

CONTACT 2

Nom : Prénom :

DN

Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...)

A contacter en cas d'urgence ou besoin Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone fixe :portable.....

CONTACT 3

Nom : Prénom :

DN

Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...)

A contacter en cas d'urgence ou besoin Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone fixe :portable.....

AUTORISATION DE SORTIE

Ecole MATERNELLE :

L'enfant ne sera autorisé à sortir de l'école qu'avec les personnes indiquées ci-dessus et sur présentation d'un justificatif d'identité.

Les enfants mineurs ne sont pas autorisés à récupérer un enfant sur les temps périscolaires sauf dérogation et document à remplir auprès du personnel des temps périscolaires.

Ecole ELEMENTAIRE UNIQUEMENT :

J'autorise mon enfant à partir seul.

Je dégage la mairie de Viviers les Montagnes et le personnel de l'accueil périscolaire de toute responsabilité.

NON je n'autorise pas mon enfant à partir seul.

Date ... /... /.....

Signature