

## 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