FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024

NOM de l'enfant: ……..

PRÉNOM : ……

DATE DE NAISSANCE : ……

ADRESSE : ……

……

TÉLÉPHONE : ……

FILLE ☐ GARCON ☐

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT polio				**Ou** Diphtérie			
Ou Tétracoq				**Ou** Tétanos			
				Ou Poliomyélite			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

……

……

……

Si oui, merci de fournir une ordonnance, dans le cas où l'enfant est obligé de prendre ses médicaments pendant les heures d'activités.

REPAS SANS PORC : ☐

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

☐ **AVEC PAI** ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES …….

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

Indiquez aussi les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre; ainsi que les recommandations particulières (lunettes, prothèses…) :

……

……

……

……

……

Personnes à prévenir en cas d'urgence dans l'ordre de priorité :

	Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien avec l'enfant
1				
2				
3				

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (en dehors de ses parents ou responsables légaux) :

	Nom et Prénom	Téléphone 1		Nom et Prénom	Téléphone 2
1			4		
2			5		
3			6		

Médecin traitant

Nom : ……Tél. : ……Ville : ……

Mutuelle ..... Numéro.....

N° de sécurité sociale de l'allocataire : _ /_ _ /_ _ /_ _ /_ _ _/_ _ _

J'autorise mon enfant à rentrer seul de : ☐ l'ALSH à _ _ H_ _

☐ l'APS à _ _ H_ _

☐ J'accorde à la ville de Mauves sur Loire le droit à l'image, c'est-à-dire la permission de publier des photos prises lors d'activités du Service Enfance Jeunesse sur les supports de communication municipaux (site internet, Les Dits de Mauves, plaquettes de communication avec les familles), ainsi que dans la presse locale, pour l'année 2023-2024.

☐ Je n'accorde pas le droit à l'image.

Je soussigné(e)……. responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des services municipaux et m'engage, sans réserve, à le respecter.

À ……., le…….

Signature :