

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
LES PETITS MURINS 2016/2017**

Merci de remplir une fiche par enfant

NOM ET PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
CLASSE :
SEXE : F M

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
NOM ET NUMERO DE TELEPHONE**

.....
NOM - PRENOM - N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa journée d'école ?

Oui, lequel..... Non

En cas de prise pendant les heures de présence, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (emballage d'origine et marqué au nom de l'enfant avec la notice.)

ALLERGIES

- Asthme (même léger) Non Oui
- Alimentaires Non Oui Préciser
- Médicamenteuses Non Oui Préciser.....

AUTRES

Intolérance alimentaire Non Oui Préciser
Sans porc (Demande par courrier) Non Oui
Autres Non Oui Préciser.....

Merci d'indiquer les problèmes de santé (maladie, accident, crise de convulsions, opération, etc...), les contre- indications ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler, en précisant les dates et les précautions à prendre :

Important : le personnel communal n'autorisera pas un enfant malade à prendre son traitement médical à la cantine **sans ordonnance fournie**.
Pour les allergies ou intolérances, fournir obligatoirement un certificat médical ou fournir une photocopie du carnet de santé.

Je soussigné(e)responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de cantine à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :