



RESTAURATION SCOLAIRE
ACCUEIL PERISCOLAIRE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
PETITS MURINS – 2018/2019
1 FICHE PAR ENFANT

NOM et Prénom de l'enfant : Sexe : F M
Date de naissance : Classe :

➤ **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (nom, prénom, n° de téléphone) :**

➤ Médecin traitant (nom et téléphone) :

➤ **VACCINATIONS** : (si l'enfant n'a pas de vaccins, joindre un certificat médical de contre – indication)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES DENIERS RAPPELS
Diphtérie/tétanos/Polio		Hépatite B	
		ROR	
		Coqueluche	
		Autres (préciser)	

➤ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'école ? Oui Non

Si oui, Lequel.....

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

Sans l'ordonnance, le personnel communal n'autorisera pas un enfant malade à suivre son traitement.

Pour les allergies ou intolérances, **fournir obligatoirement un certificat médical ou une copie du carnet de santé.**

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est fortement conseillé pour les allergies seulement

ALLERGIES

Asthme (même léger) Oui Non

Alimentaires Oui Préciser..... Non

Médicamenteuse Oui Préciser..... Non

Autres Oui Préciser..... Non

Indiquez **les problèmes de santé** (maladie, accident, crises convulsives, 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** :

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

Fait à....., le.....

Signature du représentant légal