



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019-2020

1 – ENFANT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.

1 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétra coq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant est-il allergique ?

Allergies: ASTHME Oui Non

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES _____

Précisez la nature de l'allergie.

Fait-il l'objet d'un P.A.I.

Oui

non

Aliments interdits identifiés :

Repas particulier :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

Remarques complémentaires que les parents souhaitent apporter à la connaissance du service

Observations diverses:

4- RESPONSABLES DE L'ENFANT

PARENT 1 :

TEL : Portable : _____ Domicile : _____ Travail : _____.

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

PARENT 2 :

TEL : Portable : _____ Domicile : _____ Travail : _____.

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

5 -DECHARGE EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Médecin Traitant : Nom :

Tel :

Au cas où un médecin ne pourrait pas soigner l'enfant,

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant,
Autorise les responsables à appeler un médecin de leur choix ou à faire appel aux services hospitaliers (en cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Dans l'attente de mon arrivée, j'autorise l'établissement hospitalier à donner à mon enfant tous les soins que nécessiterait son état, y compris l'autorisation d'anesthésie ou d'intervention chirurgicale.

Date et signatures des représentants légaux :

Date:

Signature:

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé, et sont destinées au service scolaire de la mairie de Ruy Montceau ainsi qu'à l'école élémentaire de Ruy pour la gestion des inscriptions. Elles sont conservées le temps de l'année scolaire. Conformément à la loi « informatique et libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données en contactant le Délégué à la Protection des Données : dpo@ruy-montceau.fr