

**Guichet unique**

9, rue Paul Doumer 78540 Vernouillet  
Tel : 01 39 71 56 00 Fax : 01 39 65 93 94  
E-mail : guichet.unique@mairie-vernouillet.fr

**Année scolaire 2023-2024**  
**Fiche de liaison sanitaire**

Cette fiche permet de recueillir les informations sanitaires utiles pendant l'accueil de votre enfant sur les temps péri et extrascolaires. Elle sera diffusée sur les différents sites fréquentés, permettra de vous contacter en cas de besoin et renseignera le personnel médical le cas échéant.

**Enfant :**

Nom : .....	Prénom : .....
<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance : .....
Adresse : .....	
.....	

**Etablissement scolaire :** ..... **Classe :** .....

**Accueils fréquentés :**

Restauration scolaire     Accueil de loisirs     Accueil périscolaire     Etudes surveillées

**Régime :**    Traditionnel       Sans porc       PAI Alimentaire  

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS	oui	non	Dernier rappel	VACCINS	oui	non	Date
DTP + Coqueluche, Hépatite B, Haemophilus influenzae b				Rougeole Oreillon Rubéole			
Infections à pneumocoques				Infections invasives à méningocoques			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

**II - Renseignements médicaux :**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les temps d'accueil ?     Oui     Non

Si oui, vous devez vous rapprocher du directeur de l'école pour remplir un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) et le fournir ensuite au service Education.

**Attention :** aucun médicament ne pourra être donné sans ce document qui doit comprendre une ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Oïte	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies : Médicamenteuses  oui    non                      asthme  oui    non  
Alimentaires                       oui    non                      autres    oui    non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

.....  
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....  
.....

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....  
.....

### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

Adresse courriel : .....

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) : .....

### V - Liste et coordonnées téléphoniques des personnes majeures autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom et Prénom : ..... Tel : .....

Nom et Prénom : ..... Tel : .....

### VI - Autorisation des parents pour que l'enfant quitte seul l'accueil de loisirs, les études surveillées ou l'accueil post scolaire : oui non

Si oui, **UNE AUTORISATION ECRITE DOIT ETRE FOURNIE** (voir règlement des activités)

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

Signature (nom + prénom) : ..... Date : .....

