Année scolaire 2022-2023

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 :

fille 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
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	**Rougeole**	**Oreillons**	**Rhumatisme articulaire aigu**	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ 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 écrite doit être 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 (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date : / /