

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N°10008*02

INSCRIPTION PERI ET EXTRA SCOLAIRE

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

ANNEE SCOLAIRE 2018 / 2019

L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Ecole et Niveau :

GARÇON FILLE

CETTE FICHE OBLIGATOIRE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. CETTE FICHE EST VALABLE UN AN.

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

VACCINS	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année ? Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non (joindre obligatoirement le protocole)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Noms : Prénoms :

Adresses.....

N° à joindre en cas d'urgence:.....

N° de S.S. :

Adresse du centre payeur :

AUTORISATION DE DIFFUSION - DROIT A L'IMAGE


Je soussigné,, autorise la Mairie de Salles à diffuser et à reproduire tout enregistrement (photo, vidéo, audio) concernant mon enfant :

Oui

Non

Sans contrepartie financière, sans limitation géographique et de durée dans le temps, et à dater de la présente autorisation, à des fins non commerciales et dans le cadre exclusif des activités organisées par la Mairie de Salles (bulletin d'informations municipales, site Internet, films vidéos, expositions) et sous réserve de préserver l'intimité de la vie privée de mon enfant.

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom	Prénom	Qualité	

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, **déclare** exacts les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable sur www.ville-de-salles.com.

Date :

Signature