



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1- ENFANT

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance  
Lieu de naissance  
Ecole :

Garçon

Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT :

### 1- ACTIVITES ( cocher l'activité concernée )

- Restauration scolaire  
 Accueil de loisirs Mercredi  
 Accueil Périscolaire

### 2 - 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	oui	non	Dates
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				Autres (préciser)			
Ou Tétracoq							
BCG							

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant suit-il un **traitement médical** ?

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**)

Votre enfant a-t-il un PAI (Plan d'Accueil Individualisé) ?

oui  non

**Si oui** ,fournir le **document dûment complété et signé par le médecin.**

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

	oui	non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		

	oui	non
Otite		
Angine		
Rougeole		

	oui	non
Rhumatisme articulaire aigü		
Oreillons		
Scarlatine		

ALLERGIES *	oui	non
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		

Autres allergies	

\* En cas d'allergie, veuillez transmettre un certificat médical attestant de l'allergie de votre enfant ainsi que le protocole à suivre en cas de manifestation de celle-ci.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, REGIME ALIMENTAIRE , ETC... PRÉCISEZ.

## 5- ARRÊT DE BUS SOUHAITEE PENDANT LES VACANCES SCOLAIRES

## 6 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom :  Prénom   
Nom :  Prénom

Adresse où réside l'enfant

Code postal  Ville

Tél. fixe domicile   
Tél. portable M.  Tél. fixe prof. M.   
Tél. portable Mme  Tél. fixe prof. Mme

**Facultatif** Nom du médecin traitant  Tél.

Numéro sécurité sociale

Personnes à contacter ou autorisées à venir chercher l'enfant de plus de 14 ans (autre que les parents)

Nom -Prénom	qualité	Téléphone
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

## 7-Autorisations

Madame/Monsieur   
Autorise l'enfant

Dans le cadre des activités réalisées par les enfants , la diffusion de textes , de photographies (presse locale et site web), d'enregistrement sonores ou de créations de toute nature , concernant mon enfant dans un but strictement pédagogique

À voyager en voiture individuelle si la situation se présente.

À être pris en charge pour toute intervention médicale d'urgence.

Je soussigné,

responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche .

## VILLE D'AVION Règlement Général sur la Protection des Données

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à *l'inscription de votre enfant aux activités organisées par les services enfance de la Ville d'Avion*. Les destinataires des données sont les agents du service enfance de la Ville d'Avion. Vous avez le droit d'accéder à vos données, de demander à rectifier les informations en cas d'erreur ou de changement, de demander l'effacement de vos données ou de vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à : [donneespersonnelles@ville-avion.fr](mailto:donneespersonnelles@ville-avion.fr). Pour en savoir plus, vous pouvez contacter le service enfance de la ville d'Avion au 03.21.14.76.50

le

Signature