

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (valable une année scolaire)

**ENFANT :** Fille  Garçon

NOM et Prénom :

Date de naissance : Age :

## RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

**PARENT 1 :** NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél. bureau : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**PARENT 2 :** NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél. bureau : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone Fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° d'allocataire CAF ou MSA \_\_\_\_\_

Nom compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_

**Nom et téléphone du médecin traitant :** \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence, autres personnes à contacter (nom + n° de téléphone) :** \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé - joindre une copie)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Date des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

**L'enfant suit-il un traitement médical :** Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rubéole : Oui  Non  Coqueluche : Oui  Non

Varicelle : Oui  Non  Otite : Oui  Non

Angine : Oui  Non  Rougeole : Oui  Non

Scarlatine : Oui  Non  Oreillons : Oui  Non

## ALLERGIE :

Asthme : Oui  Non  Médicamenteuse : Oui  Non

Alimentaire : Oui  Non  Autre : Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler):

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc... Précisez \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise mon enfant à participer aux activités périscolaires.

Autorisation « droit à l'image » :

- Le format autorisé :  Photo  Vidéo

- Pour diffusion sur :  Site web de la Mairie  L'indépendant

Fait à :

Le: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature :

Les informations recueillies à partir de ce formulaire sont nécessaires pour votre inscription à l'accueil périscolaire. Elles sont enregistrées et transmises aux agents habilités de la mairie d'Ornaisons en charge de leur traitement. Les données sont conservées 10 ans puis détruites. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données ou une limitation du traitement de celles-ci. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposer du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant par courriel à : ornaisons@wanadoo.fr