

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE 2024-2025	ENFANT	
	Nom :	
	Prénom :	
	Date de naissance :	Sexe :
	Ecole :	Classe :
Assurance :	Numéro de contrat :	

RESPONSABLE DE L'ENFANT	
Représentant 1	Représentant 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :

1 - VACCINATION OBLIGATOIRE		
Enfants nés avant le 1er janvier 2018	Enfants nés à partir du 1er janvier 2018	Date du dernier rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)	
	Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B	
	Hépatite B	
	Infections invasives à pneumocoque	
	Méningocoque de sérogroupe C	
	Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR)	

Joindre la photocopie des vaccins.
 Si les vaccins obligatoires ne sont pas faits : joindre un certificat médical de contre-indication.

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT	OUI	NON
Traitement médical en cours <i>Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice et marqués au nom de l'enfant)</i> Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance		
Allergie alimentaire Aliment concerné :		
Allergie médicamenteuse Nom du médicament :		
Autre allergie Objet : Conduite à tenir :		
Diabète et/ou Asthme Conduite à tenir :		

3 - SITUATIONS PARTICULIERES

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) Objet du PAI :	Oui	Non
Enfant reconnu en situation de handicap Précisez le type de handicap :	Oui	Non

AUTRES DIFFICULTES DE SANTE ET RECOMMANDATIONS (maladie, accident, hospitalisation, opération...):

J'autorise le personnel encadrant à utiliser les produits tels que les crèmes solaires, granulés homéopathiques d'Arnica, les crèmes pour les ecchymoses, les brûlures, en cas de nécessité.

OUI NON

J'autorise l'organisateur, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

OUI NON

Je soussigné(e).....
responsable légal(e) de l'enfant.....
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A....., le.....

Signature du représentant légal :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé. Conformément au règlement européen sur la protection des données (RGPD). Vous pouvez exercer vos droits en contactant le délégué à la protection des données ou en introduisant une réclamation auprès de la CNIL.