



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

ENFANT

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 GARÇON : FILLE :

Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs.

DATES ET LIEU D'ACCUEIL : GROUPE SCOLAIRE FERNAND VIGNERON A ROSIERES
Du 2 septembre 2019 à la rentrée de septembre 2020

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin de l'année scolaire.

1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU INFORMATIONS RELATIVES A LEURS CONTRE-INDICATIONS :

Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'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).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

Alimentaires :	oui	non	Précisez :
Médicamenteuses :	oui	non	Précisez :
Autres :	oui	non	Précisez :

DIABETE : oui non

ASTHME : oui non

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES (se référer au projet d'accueil individualisé si existant) :

.....

.....

.....

.....

3 – LES DIFFICULTES DE SANTE :

Indiquez ci-après les difficultés de santé, antérieures et actuelles, 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, etc.? Précisez :

.....
.....
.....

Si votre enfant utilise le service de restauration, précisez le type de menu choisi :

- Menu classique Menu végétarien protéiné

5 – RESPONSABLES DE L'ENFANT :

MERE : Nom Prénom

Adresse :

Numéros de téléphone Fixe : Portable : Professionnel :

PERE : Nom Prénom

Adresse :

Numéros de téléphone Fixe : Portable : Professionnel :

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) :

En cas d'urgence :

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

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

Date :

Signature :