



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR UN ENFANT

<b>1-L'ENFANT</b>	Sexe : <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Nom de l'enfant : .....	Prénom de l'enfant : .....
Date de naissance : .....	Ecole : <input type="checkbox"/> de l'EVRE <input type="checkbox"/> Saint Joseph
Lieu de naissance : .....	Classe : .....

**2- VACCINATIONS**  
(Possibilité de fournir les photocopies du carnet de vaccinations ou certificat du médecin attestant que l'enfant est à jour des vaccinations obligatoires)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de non contre-indication.  
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.*

**3-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.*

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme Articulaire aigu		Scarlatine	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

**ALLERGIES :** ASTHME  Oui  Non MEDICAMENTEUSES  Oui  Non  
ALIMENTAIRES  Oui  Non Autres : .....

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

**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, etc. Précisez :

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

-L'enfant mouille-t-il son lit :  Non  Occasionnellement  Oui  
-S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  Oui  Non

#### 5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom Père : .....NOM Prénom Mère : .....

Adresse Père : .....

Adresse Mère (si différente) : .....

Adresse Mail : .....

Numéros de téléphone :

Père : domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

Mère : domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

**J'autorise** les agents de la commune de Vezins à prendre mon fils / ma fille en photo ou en vidéo lors des temps de restauration scolaire, d'accueil périscolaire ou extra-scolaire et à les utiliser sur les supports d'informations de la commune (Petit Vezinois, article de presse, site internet de la commune, réseaux sociaux, ...).  **OUI**  **NON**

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

*Je soussigné (e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour ou 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 également, si nécessaire, le (la) directeur (trice) à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

Date : .....

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2 :

#### 6- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (Merci de cocher les cases suivantes afin de permettre la prise en charge de votre enfant)

**J'atteste** avoir pris connaissance du règlement intérieur des services enfance de la commune de Vezins et accepte les modalités d'accueil de mon enfant.

**Je certifie avoir mis à jour** les différents onglets nécessaires à la bonne prise en charge de mon enfant sur le portail famille de la commune de Vezins (départ seul, personnes habilités à venir récupérer mon enfant, justificatif de quotient familial, attestation responsabilité civile, autorisation photos, ...).

Date : .....

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2 :

**Ce document est valable 1 an et nous avons l'obligation de le renouveler chaque année.**