



MAIRIE DE GINASSERVIS
Place du Docteur Richaud
83560 GINASSERVIS
Tel : 04.98.05.21.41 – Fax : 04.98.05.21.50
Mail : mairie@ginasservis.com

**FICHE SANITAIRE
DE
LIAISON**

NOM de L'Enfant :

PRÉNOM :

Date de Naissance :

Sexe : F M

NOM du responsable légal :

Adresse :

Classe :

Instituteur :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles et nécessaires pendant les activités de l'enfant durant l'année scolaire, elle évite ainsi de vous démunir de son carnet de santé.

- **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	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
à noter : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication*

- **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit - il un traitement médical ? OUI NON

Aucun traitement ne pourra être administré à un enfant par le personnel communal.

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

RUBÉOLE			VARICELLE			ANGINE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ			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

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres : OUI NON

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

Informations diverses.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, 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 AUTRES... PRÉCISEZ.

.....

A-t' il un PAI (protocole d'accueil individualisé) ? Oui Non

Si oui lequel ?

Joindre le protocole.

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (si différente de celle de l'enfant)

.....
.....T

TÉL :.. DOMICILE : BUREAU : PORTABLE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

.....

Combien de parents ont une activité professionnelle 1 2

Nom(s) du ou des employeur(s)

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

ASSURANCE civile :N° du contrat.....

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement.

Date et signature du responsable légal

Le