

<p><b>FICHE SANITAIRE</b> <b>DE LIAISON</b></p>	<p><b><u>1-ENFANT</u></b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRENOM : _____</p> <p>Date de Naissance : _____</p> <p>Classe : _____</p>
---	---

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles, durant le temps de présence de votre enfant dans nos locaux, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**2- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoque				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**OBLIGATOIREMENT : JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTÉ (les pages vaccinales)**

**Attention** : le vaccin antitétanique ne représente aucune contre-indication.

**3-RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ?                      Oui                       Non

**En aucun cas, le personnel n'est autorisé à administrer un traitement médical quel qu'il soit (Article L4111-1 du code de la santé publique).**

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Rhumatisme Articulaire Aigu</b>	<b>Scarlatine</b>
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
<b>Coqueluche</b>	<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES :**

**Si votre enfant est allergique, veuillez-vous rapprocher du SIVU afin de constituer un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) afin de mettre en place un protocole**

---



---



---



---

**4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, Etc.... précisez.

---

---

---

---

---

**5-RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**Père** : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

N° de Téléphone : \_\_\_\_\_

N° de Téléphone : \_\_\_\_\_

**Adresse mail** : \_\_\_\_\_

**Mère** : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

N° de Téléphone : \_\_\_\_\_

N° de Téléphone : \_\_\_\_\_

**Adresse mail** : \_\_\_\_\_

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

**Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

Nom /prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

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

A Savy-Berlette, le \_\_\_\_\_

Signature des parents :

**FICHE À RETOURNER À LA MAIRIE DE SAVY-BERLETTE AVANT LE 14 SEPTEMBRE 2020 –  
MERCİ**

**Tel : 03.21.22.00.94 service cantine-garderie Mail : [apsavyberles@orange.fr](mailto:apsavyberles@orange.fr)**