

FICHE SANITAIRE COMMUNE (maternelles)

- Restauration scolaire Garderie du mercredi (11h30-12h30)
 Temps d'Activités Périscolaires Accueil périscolaire maternel

<h3>FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017-2018</h3>	<p>1 – L'ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	---

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence dans le service ? 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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
 ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours Oui Non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

Régime alimentaire : Repas normal Repas sans viande P.A.I (voir article 2.1)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT 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.

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE oui non si oui, lequel ?

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM
PRÉNOM.....
ADRESSE
TÉL. FIXE (ET PORTABLE).....
DOMICILE.....
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (*FACULTATIF*).....

6 – PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

NOM
PRÉNOM.....
ADRESSE.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE
LIEN AVEC L'ENFANT.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Mme ou Mr responsable de l'enfant.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de l'accueil du service cantine à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant après avis médical. **Je m'engage également à faire parvenir à la mairie toutes modifications ou compléments de santé concernant mon enfant, dans le but que cette fiche sanitaire reflète l'exacte situation de santé de mon enfant.**

Autorise mon enfant à se faire photographier ou filmer dans le cadre des activités de la restauration scolaire. Ces films et photos peuvent être diffusés pour présenter les actions menées (presse, site internet de la ville, publications municipales, blog, facebook de la ville de Pulnoy).

Date :

Signature :

RESPONSABILITE CIVILE

Nous précisons que votre enfant reste sous votre entière responsabilité civile et que c'est donc votre assurance qui couvrira les éventuels frais en cas de préjudice occasionné par lui-même. En conséquence, vous devez être couvert en responsabilité civile. En cas de litige entre les deux parents, il pourra être demandé un justificatif attestant l'autorité parentale.