

Accueil périscolaire & restauration « Les quatre vents »

Chemin des écoles 90400 DORANS – Téléphone : 03 84 26 46 73
 Courriel : poleperiscolaire@rpidorans.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

RESPONSABLE de l'ENFANT

Père :
 Nom- Prénom :
 Adresse :
 Code postal – Ville :
 ☎ Personnel :
 ☎ Professionnel :
 📞 :
 @ :
 N° Sécurité sociale : // // // // // // // //

Relève du régime général de la S.S. : oui non

Sinon préciser :

Mère :
 Nom- Prénom :
 Adresse :
 Code postal – Ville :
 ☎ Personnel :
 Si oui, lesquelles
 ☎ Professionnel :
 📞 :
 @ :
 N° Sécurité sociale : // // // // // // // //

Relève du régime général de la S.S. : oui non
 Si non, préciser :
 N° allocataire CAF :

ENFANT

Nom-Prénom :
 Garçon : Fille :
 Date de naissance :
 Nom et Téléphone du Médecin traitant :
 L'enfant suit-il un traitement oui non

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant la période d'accueil périscolaire, 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 administré sans ordonnance.

Autoriser la Directrice du Centre de loisirs ou un de ses adjoints à administrer le traitement à l'enfant, autorisation à joindre à l'ordonnance.

L'enfant présente-t-il des contre-indications à la pratique de certaines activités ? OUI NON

L'enfant mange-t-il du porc ? oui non

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

Vaccinations Obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					

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

Merci de joindre éventuellement une copie des vaccins.

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

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

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	---	--	---

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

.....

.....

.....

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES PROBLEMES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation). Précisez 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,... ? Précisez.

.....

.....

.....

Je soussigné (e)..... Responsable de l'enfant.....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant, (hospitalisation.)

Date :

Signature :