



## Périscolaire et Cantine

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021

#### 1) ENFANT ACCUEILLI

NOM: .....

GARCON  FILLE

PRENOM: .....

DATE DE NAISSANCE: .....

POIDS DE L'ENFANT : .....

#### 2) VACCINATIONS

(Le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom de l'enfant concerné)

VACCINS*OBLIGATOIRES	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diphtérie		Poliomyélite Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Tétanos Coqueluche		Hépatite B	
Coqueluche		Poliomyélite	
		BCG	
		Autres	

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité

\* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans

#### 3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

##### a) L'enfant présente-t-il des troubles de santé?

Allergies alimentaires :	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser a quoi : .....
Allergies médicamenteuses :	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
Autres allergies : (pollen, graminées...)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : .....
Asthme	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
Diabète	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
Epilepsie	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
AUTRES	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	

**b) L'enfant suit un traitement médical régulier?**

NON  OUI

**Si oui, prendre le contact avec le directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil Individualisé).**

**Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.**

**c) L'enfant est apte à la pratique du sport :**

NON  OUI

**d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre** (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

.....  
.....

**Si oui, prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

**4) Informations utiles signalées à nous signaler :**

L'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... :

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

**5) NOM et Téléphone du médecin traitant :** .....

.....

Je soussigné(e), ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

**Cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée à la directrice du périscolaire.**

**Les informations communiquées restent confidentielles.**

**Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans.**

**Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée à la directrice.**

**COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR :**

Mairie de Charleval - 13350 Charleval

Tél : 04.42.28.41.18

**COORDONNEES DU PERISCOLAIRE :**

Périscolaire de Charleval - Charlotte Guy (directrice) - cours de la république - 13350 Charleval

Tél : 04.42.28.46.46 / 06.13.15.16.17 - Mail : [periscolairecharleval@orange.fr](mailto:periscolairecharleval@orange.fr)