



Périscolaire et Cantine

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022/2023

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 POUR TOUT LES ENFANTS	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NES A partir de 2018	DATE
DTP		MENINGOCOQUE	
		ROR	
		Coqueluche	
		HIB	
		HEPATITE B	
		PNEUMOCOQUE	

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 (sans porc, sans viande...)	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 / 06.13.75.76.17 - Mail : periscolaire@charleval13.fr