

FICHE SANITAIRE

DE LIAISON

2024/2025

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

GRUPE SCOLAIRE : _____ CLASSE : _____

2 – VACCINATIONS

- Je joins obligatoirement la photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant.
ou
 Je joins obligatoirement une attestation de vaccinations de l'enfant rédigée par son médecin.

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole 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"/>	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"/>	Rhumatisme articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Alimentaires Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---	---	--

Précisez la cause de l'allergie : _____ _____ _____ _____	Votre enfant a-t-il un traitement médical en cours ? _____ _____ _____
---	---

♦ Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI : Projet d'Accueil Individualisé : si votre enfant souffre d'une maladie chronique ou d'allergies nécessitant la prise de médicaments ou qu'il a besoin de traitements particuliers sur les temps périscolaires, il est nécessaire d'élaborer un PAI.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

♦ Votre enfant bénéficie t-il de l'accompagnement d'AESH (Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

- ◆ Indiquez ci après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

- ◆ Autres (lunettes, prothèses...) :

4 – RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS

- ◆ Votre enfant mange t-il du porc ?

Oui

Non

5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

❶ Nom : _____

Prénom : _____

Adresse :

Tél. : _____

Tél. : _____

❷ Nom : _____

Prénom : _____

Adresse :

Tél. : _____

Tél. : _____

6 – AUTORISATIONS

- ◆ J'autorise mon enfant à être pris en photo et apparaître sur tout support de communication de la ville de Saint-Priest (Magazine Couleurs, site internet...)

Oui

Non

- ◆ J'autorise mon enfant d'élémentaire à rentrer seul après le temps récréatif (à 17h00) ou après le temps périscolaire du soir (à 18h00)

Oui

Non

- ◆ J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées pendant le temps périscolaire (stade, gymnase...)

Oui

Non

7 – ATTESTATION RESPONSABILITÉ CIVILE

Compagnie : _____

N° de contrat : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature :
