

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**1 / L'ENFANT**

<b>ANNÉE SCOLAIRE</b>	<b>2023-2024</b>
École fréquentée pour la rentrée scolaire	
Nom de l'enfant	
Prénom	
Date de naissance	
<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	

**2 / RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**

<b>REPRÉSENTANT 1</b>	Nom	
	Prénom	
	Adresse	
	Qualité :	Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère / .....
	Téléphone Domicile	
	Téléphone Portable	
	Téléphone Professionnel	
<b>N° à appeler en cas d'urgence</b>		

<b>REPRÉSENTANT 2</b>	Nom	
	Prénom	
	Adresse	
	Qualité :	Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère / .....
	Téléphone Domicile	
	Téléphone Portable	
	Téléphone Professionnel	
<b>N° à appeler en cas d'urgence</b>		

Garde alternée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <small>(Si oui fournir le document officiel)</small>	<i>Merci de préciser la personne qui a la garde de l'enfant</i>
---	---

**3 / PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS ET AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT**

NOM Prénom	
LIEN AVEC L'ENFANT	
TÉLÉPHONE	

NOM Prénom	
LIEN AVEC L'ENFANT	
TÉLÉPHONE	

NOM Prénom	
LIEN AVEC L'ENFANT	
TÉLÉPHONE	

**4 / RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Nom du médecin traitant	
Adresse	
Numéro de téléphone	

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

Joindre obligatoirement les copies du carnet de vaccination.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

**L'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"/>	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"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

AUTRES :

**L'ENFANT EST-IL PORTEUR D'UNE ALLERGIE OU UNE MALADIE :**

Si oui, en cas d'allergie diagnostiquée par un médecin, pouvant entraîner des conséquences médicales graves, un accueil ne sera possible que dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé.

-ASTHME Oui  Non

-MÉDICAMENTEUSES Oui  Non

Si oui, .....

-ALIMENTAIRES Oui  Non

Si oui, .....

-AUTRES.....

**P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) en cours :

Oui  Non

**5 / PARTICULARITÉS DE L'ENFANT**

Port de lunettes	Port de lentilles	Appareil dentaire	Appareil auditif	Autres observations :
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier : Oui  Non

Si oui lequel : Sans porc

Sans viande

**6 / RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES**

.....

.....

.....

.....

.....

**7 / AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e)....., père, mère, tuteur légal de l'enfant \*

\*entourer la réponse

**Autorise :**

- mon enfant à quitter le centre seul (temps extrascolaires)

Oui  Non

- mon enfant à quitter l'école seul (temps périscolaires)

Oui  Non

- la parution de photos ou de films de mon enfant, dans le cadre des activités, du site internet de la ville et du journal de la ville

Oui  Non

Je soussigné(e) .....

**Responsable légal de l'enfant, déclare que les renseignements portés sur ce dossier sont exacts.**

**D'autre part je m'engage à informer la ville d'Armentières de tout changement qui interviendrait au cours de l'année scolaire et je certifie avoir pris connaissance et accepter les règlements intérieurs des temps périscolaires et extrascolaires.**

« Lu et approuvé »

Date : .....

Signature