

**ACCUEIL PERISCOLAIRE MELLEROY 45**  
**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**ENFANT :**     fille  garçon    Date & lieu de naissance : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Ecole/Classe fréquentée : .....

	<b>Mère</b>	<b>Père</b>	<b>Représentant légal</b>
<u>Nom</u>			
<u>Nom de jeune fille</u>			
<u>Adresse</u>			
<u>Tel domicile</u>			
<u>Portable</u>			
<u>Tel Professionnel</u>			
<u>Courriel</u>			

	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>
<u>Frère(s)/sœur(s)</u>			

**N° Sécurité sociale :**      /  /  /  /  /  /  /  /  /  

Bénéficiaire : Mère – Père

**Assurance responsabilité extrascolaire (N° de Police)** .....

**Nom et adresse de l'organisme :** .....

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Tel.**      /  /  /  /  /  /   ,

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Tel.**      /  /  /  /  /  /   ,

**VACCINATION** (joindre les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé)

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

Vaccins obligatoires	oui non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui non		Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**Renseignements médicaux :**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les accueils ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	<b>Scarlatine</b>
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Coqueluche</b>
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**ALLERGIES**

Asthme  oui  non

Médicamenteuses  oui  non

Alimentaires  oui  non Si Oui, préciser : .....

Autres  oui  non Régime(s) : .....

**Recommandations utiles des parents**

(maladie(s), hospitalisations, crise diverses, opérations, lunettes...) :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** la personne en charge de la garderie, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : Date :