

CANTINE SCOLAIRE
86220 INGRANDES

GARDERIE SCOLAIRE
86220 INGRANDES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : Prénom :
Sexe : M () F ()
Date de naissance :

II - VACCINATIONS

Antipoliomyélique Antidiptérique
Antitétanique Anticoquelucheuse

VACCINS PRATIQUES		DATES
Antituberculeuse	Antivaricelleuse	Autres vaccins

1er vaccin :

Rappel :

III - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

A-t-il eu ?

* Rubéole Non () Oui () * Varielle Non () Oui ()
* Angines Non () Oui () * Rhumatisme Non () Oui ()
* Scarlatine Non () Oui () * Coqueluche Non () Oui ()
* Otites Non () Oui () * Asthmes Non () Oui ()
* Rougeole Non () Oui () * Oreillons Non () Oui ()

Indiquez ici les autres difficultés de santé ou allergies de l'enfant :

IV - RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Non () Oui ()

V - INTOLERANCE ALIMENTAIRE

A) Intolérance due à une allergie médicamenteuse
Nom des aliments :

Joindre un certificat médical qui déclenchera la mise en demeure d'un Projet d'Accueil Personnalisé (PAI).

VI - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM du PERE : Prénom :
Adresse : Travail :
Tél. :
NOM de la MERE : Prénom :
Adresse : Travail :
Tél. :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM, Prénom : Tél. :

Nom du Médecin traitant :
Adresse : Tél. :

N° de Sécurité Sociale : Centre Payeur :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de la cantine à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales).

Fait à Le
Signature du responsable : []