



Code de l'action sociale et des familles
FICHE SANITAIRE DE LIAISON
TEMPS PERISCOLAIRES MATIN ET SOIR

Cerfa
 n°10008*02

Enfant: Fille Garçon

Nom: Prénom:

Date et lieu de naissance :

I- Vaccinations: (joindre photocopies des vaccins)

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi?

.....

II- Renseignements médicaux:

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

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Varicelle			Rhumatismes		
Rougeole			Oreillons		
Asthme			Angines		
Coqueluche			Rubéole		
Scarlatine			Otites		

Allergies: médicamenteuses oui non
 alimentaires oui non
 PAI oui non

asthme oui non
 autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

.....



Code de l'action sociale et des familles
FICHE SANITAIRE DE LIAISON
TEMPS PERISCOLAIRES MATIN ET SOIR

Cerfa
 n°10008*02

Enfant: Fille Garçon

Nom: Prénom:

Date et lieu de naissance :

I- Vaccinations: (joindre photocopies des vaccins)

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi?

.....

II- Renseignements médicaux:

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

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Varicelle			Rhumatismes		
Rougeole			Oreillons		
Asthme			Angines		
Coqueluche			Rubéole		
Scarlatine			Otites		

Allergies: médicamenteuses oui non
 alimentaires oui non
 PAI oui non

asthme oui non
 autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

.....

III - Recommandations utiles:

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...?

.....
.....

III - Recommandations utiles:

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...?

.....
.....

IV - Responsable légal de l'enfant:

NOM Prénom

Adresse (pendant l'année scolaire) :

Caisse de sécurité sociale

Désignation :

Mutuelle

Désignation : N°adhérent



TELEPHONE EN CAS D'URGENCE

NOM Prénom

 Domicile :  Travail :

 Portables: Et

NOM Prénom

 Domicile :  Travail :

 Portables: Et

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

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'éventuel(s) remboursement(s)).

A Notre Dame de Bondeville, le

Signature

IV - Responsable légal de l'enfant:

NOM Prénom

Adresse (pendant l'année scolaire) :

Caisse de sécurité sociale



Désignation :

Mutuelle

Désignation : N°adhérent



TELEPHONE EN CAS D'URGENCE


NOM Prénom

 Domicile :  Travail :

 Portables: Et

NOM Prénom

 Domicile :  Travail :

 Portables: Et

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

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'éventuel(s) remboursement(s)).

A Notre Dame de Bondeville, le

Signature