

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1/ ETAT-CIVIL DE L'ENFANT

NOM : _____ **PRENOMS :** _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____ Sexe : Masculin Féminin

2/ VACCINATIONS : se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autre (préciser)	

3/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le temps périscolaire et extrascolaire ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Les médicaments doivent être dans leur boîte d'emballage d'origine où seront marqués en lettres majuscules les nom et prénom de l'enfant.

Les boîtes de médicaments doivent comprendre la notice d'utilisation d'origine.

ATTENTION : Aucun traitement médical ne pourra être administré sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES : oui non ALIMENTAIRES : oui non

AUTRES _____

ASTHME : oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

PRECISEZ LES DIFFICULTES DE SANTE

(MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION),
LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

4/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(LENTILLES DE VUE, LUNETTES, PROTHESES AUDITIVES, PROTHESES DENTAIRES, ETC...).

Je soussigné(e), NOM _____ **PRENOM** _____

Responsable Légal de l'enfant NOM _____ **PRENOM** _____

- *Déclare exacts les renseignements portés sur la Fiche Sanitaire de Liaison et autorise le responsable du temps périscolaire et extrascolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant*
- *Autorise mon enfant à participer à toutes les activités périscolaires et extrascolaires*

Fait à Mandelieu-La Napoule, le ___/___/_____

SIGNATURE

Notre collectivité protège la confidentialité des données personnelles que vous lui confiez. Les pièces qui vous sont demandées sont strictement nécessaires pour vous rendre le meilleur service public que vous attendez. Qu'elles soient sous forme de papier ou numérisées, les informations qu'elles contiennent sont protégées et seront conservées pendant la durée légale et celle de leur utilité. Conformément au Règlement Général de Protection des Données (RGPD), vous disposez du droit d'accéder aux données vous concernant collectées par la collectivité, de les rectifier, de les faire transmettre (portabilité), et, sous certaines conditions, de les faire effacer. Vous pouvez à cet effet contacter le Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : DPO@mairie-mandelieu.fr