



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1/ ÉTAT-CIVIL DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

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 MÉDICAUX CONCERNANT LES ENFANTS DISPOSANT D'UN P.A.I UNIQUEMENT.

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

Si oui, le PAI est : ALIMENTAIRE MÉDICAL

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.

4/ L'ENFANT A-T-IL DEJA 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"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons 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

5/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Je soussigné(e), NOM _____ PRÉNOM _____

Responsable Légal de l'enfant NOM _____ PRÉNOM _____

- *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

Dans le cadre de notre politique de confidentialité, et en application du Règlement Général de Protection des Données (RGPD), nous vous confirmons que les données personnelles que vous nous confiez sont destinées à répondre strictement à votre demande de prestation de service auprès du Cycle de l'Enfant. Elle sera conservée le temps nécessaire à son traitement, au service de la prestation et des traitements administratifs et comptables qui en découlent. Conformément au 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