

Document à retourner le plus rapidement possible



SERVICE ENFANCE 2024/2025

Restaurant Scolaire, Garderie, ALSH

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : GARCON FILLE

CLASSE FREQUENTEE : ECOLE FREQUENTEE :

Photo

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :

PERE

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

.....

Tél Domicile :

Tél Travail :

EMAIL :

.....

MERE

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

.....

Tél Domicile :

Tél Travail :

EMAIL :

.....

Nom et N° du médecin traitant :

N° Allocataire CAF :

Nom et N° de la Police d'Assurance pour les activités extrascolaires :

.....

Nous vous conseillons fortement d'en souscrire si ce n'est pas le cas à ce jour

▪ **VACCINATION** : (SE REFERER AU CARNET DE SANTE)

FURNIR LES PHOTOCOPIES DES PAGES DE VACCINATION

▪ **RECOMMANDATION(S) UTILE(S) DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires, etc... :

.....

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant la date et les précautions à prendre :

.....

.....

▪ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice – **ATTENTION : Seul les médicaments sans étiquettes rouges sont autorisés**).

Document à retourner le plus rapidement possible

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

MALADIES	Oui	Non
ROUGEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
OTITE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OREILLONS		

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

ALLERGIES	Oui	Non
ASTHME		
ALIMENTAIRE		
MEDICAMENTEUSE		
AUTRES		

DECLARATION DES PARENTS :

Je soussigné(e)
Responsable légal de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

- Déclare avoir pris connaissance de règlement intérieur de l'ALSH, Garderie, Restaurant Scolaire, et m'engage à en respecter les conditions.

(Document téléchargeable sur notre site internet www.mairieguerledan.bzh)

- Autorise les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale de première urgence qui s'avérerait nécessaire en cas d'accident.

DATE :

SIGNATURE :