Fiche Sanitaire de Liaison Enfant - ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

Informations nécessaires en cas d'urgence

(remplir une fiche par enfant quel que soit le service fréquenté)

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom :

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Établissement scolaire fréquenté : _____

Classe : _____

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

<u>Obligatoires</u> (enfants nés après 2018)

☐ Diphtérie* _____ / _____ / _____ ☐ Coqueluche _____ / _____ / _____

☐ Tétanos* _____ / _____ / _____ ☐ Haemophilus _____ / _____ / _____

☐ Poliomyélite* _____ / _____ / _____ ☐ Pneumocoque _____ / _____ / _____

☐ Rougeole Oreillon Rubéole _____ / _____ / _____

(*) Rappel à 6 ans et entre 11 et 13 ans

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : _____ Taille : _____

Suit-il un traitement médical ? ☐ Oui* ☐ Non

(*) Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

TROUBLES DE SANTÉ

Allergies alimentaires : ☐ Oui* ☐ Non Précisez la cause : _____

Allergies médicamenteuses : ☐ Oui* ☐ Non Précisez la cause : _____

Allergies asthme : ☐ Oui* ☐ Non Précisez la cause : _____

Autres allergies : ☐ Oui* ☐ Non Précisez la cause : _____

(*) Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Votre enfant présent-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

☐ Oui ☐ Non

Précisez :

_____
_____
_____
_____
_____

Fait-il l'objet d'un P.A.I. ? ☐ Oui ☐ Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte : ☐ des lunettes ☐ des lentilles ☐ des prothèses auditives ☐ un appareil dentaire

☐ autres, précisez : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tel: _____

PERSONNES AUTRES QUE LES RESPONSABLES LEGAUX À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

(veiller à ce que ces personnes soient les mêmes que celles que vous avez inscrites sur le portail famille)

Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toutes modifications ainsi qu'à faire concorder les informations saisies sur le portail famille. En cas d'information contradictoire je certifie que les informations de la présente fiche sanitaire prévalent sur celles du portail famille.

- autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Fait à Le Signature

Les informations personnelles recueillies dans ce document, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre enfant et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Ces informations sont enregistrées par le Pôle « Éducation » dans un fichier informatisé pour la préparation et la gestion des temps périscolaires et extrascolaire et notamment le logiciel et le portail famille BL-enfance, mis à disposition par la société Berger-Levrault, accessible depuis le site Internet de la commune.
Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : Centre de Gestion d'Ille et Vilaine, 1 avenue de Tizé – CS 13600 – 35236 Thorigné-Fouillard cedex ou à dpd@cdg35.fr