

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Garçon  fille  poids : \_\_\_\_\_

VACCINATIONS : merci de remplir ce tableau (ou copie du carnet de santé page vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie					
Tétanos				Rougeole Rubéole Oreillons	
Polio				coqueluche	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : asthme oui  non  médicamenteuses oui  non

Alimentaires oui  non  autres : \_\_\_\_\_

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir en cas d'urgence

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIFFICULTES DE SANTE – PRECAUTIONS A PRENDRE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

---

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de

l'enfant \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les personnes responsables à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. (en particulier pour les enfants de 3 à 6 ans, en cas de fièvre supérieure à 38.5° à administrer une dose de paracétamol en fonction de son poids)

J'accepte en tant que titulaire de l'autorité parentale, que la Mairie de Chapet collecte et utilise les données personnelles de ce formulaire pour traiter ma demande d'inscription à la Cantine-Étude pour l'année 2019-2020.

J'ai lu le règlement intérieur du service municipal de restauration scolaire pour l'année 2019-2020.

Date :

Signature :