

<p><b>FICHE SANITAIRE</b></p> <p><b>DE LIAISON</b></p> <p><b>2023/2024</b></p>	<p><b>1 – ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>    FILLE <input type="checkbox"/></p> <p>GRUPE SCOLAIRE : _____ CLASSE : _____</p>
--	--

<p><b>2 – VACCINATIONS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Je joins obligatoirement la photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant. ou</p> <p><input type="checkbox"/> Je joins obligatoirement une attestation de vaccinations de l'enfant rédigée par son médecin.</p>
---

**3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Votre enfant a-t-il déjà 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"/>	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"/>	Rhumatisme articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---	--	--

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Alimentaires Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---	---	--

<p>Précisez la cause de l'allergie :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Votre enfant a-t-il un traitement médical en cours ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

<p>◆ Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI : Projet d'Accueil Individualisé : si votre enfant souffre d'une maladie chronique ou d'allergies nécessitant la prise de médicaments ou qu'il a besoin de traitements particuliers sur les temps périscolaires, il est nécessaire d'élaborer un PAI.</p>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<p>◆ Votre enfant bénéficie t-il de l'accompagnement d'AESH (Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap) ?</p>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

- ◆ Indiquez ci après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ◆ Autres (lunettes, prothèses...) :

\_\_\_\_\_

#### 4 – RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS

- ◆ Votre enfant mange t-il du porc ?

Oui

Non

#### 5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

❶ Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

❷ Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

#### 6 – AUTORISATIONS

- ◆ J'autorise mon enfant à être pris en photo et apparaître sur tout support de communication de la ville de Saint-Priest (Magazine Couleurs, site internet...)

Oui

Non

- ◆ J'autorise mon enfant d'élémentaire à rentrer seul après le temps récréatif (à 17h00) ou après le temps périscolaire du soir (à 18h00)

Oui

Non

- ◆ J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées pendant le temps périscolaire (stade, gymnase...)

Oui

Non

#### 7 – ATTESTATION RESPONSABILITÉ CIVILE

Compagnie : \_\_\_\_\_

N° de contrat : \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

\_\_\_\_\_