

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueils périscolaires - Année 2019 – 2020

VILLE de RUELLE S/TOUVRE

ENFANT

NOM : Date de Naissance : / /

PRENOM : Garçon Fille

PERSONNES A CONTACTER AUTRES QUE LES PARENTS EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom : Tél. : Lien avec l'enfant :

Nom et prénom : Tél. : Lien avec l'enfant :

Médecin traitant : Nom et prénom : Tél. :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccins:

Tout enfant accueilli à l'école doit répondre aux obligations vaccinales fixées par le Code de l'Action Sociale et Familiale. L'unique obligation porte sur la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite.

Votre enfant est-il à jour de ce vaccin : oui non (joindre une copie du carnet de santé)

SANTE DE L'ENFANT

- ASTHME : oui non

Si oui, cet asthme nécessite-t-il un traitement d'urgence comme la Ventoline, dans ce cas, joindre une ordonnance de moins d'un mois et le médicament dans son emballage d'origine avec la notice correspondante.

- ALLERGIE ALIMENTAIRE : oui non si oui, précisez :

Ces réactions sont-elles : respiratoires cutanées autres

- ALLERGIE MEDICAMENTEUSE : oui non si oui, précisez :

Ces réactions sont-elles : respiratoires cutanées autres

- AUTRES ALLERGIES : oui non si oui, précisez :

Ces réactions sont-elles : respiratoires cutanées autres

- PATHOLOGIES : qui nécessitent un traitement ou des gestes d'urgence (Hémophilie, épilepsie, diabète, hyperactivité ...) oui non si oui, précisez :

Ces allergies, asthme et /ou pathologie nécessitent-ils la mise en place d'un Projet d'Accueil

Individualisé : oui non

P.A.I. ALIMENTAIRE

P.A.I. SANTE

P.A.I. ASTHME

Si réponse positive : se rapprocher de le/la directeur.trice pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).

- ▶ sans viande oui non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

REGIME ALIMENTAIRE : ▶ sans porc (menu de substitution) oui non

▶ autre oui non

Si oui, précisez

PORT DE LUNETTES OU LENTILLES oui non

Si oui, permanent occasionnel (écrans, lecture)

APPAREIL AUDITIF oui non si oui, lequel

APPAREIL DENTAIRE oui non

Votre enfant est-il suivi par : ▶ un orthophoniste oui non

▶ un pédopsychiatre oui non

ASSURANCES

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : Compagnie N°

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

Je soussigné.e.

Téléphone fixe : Téléphone portable :

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de la Collectivité en charge de mon enfant, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par son état de santé (traitements médicaux, hospitalisation, transfusion).

Signature du père, de la mère ou du représentant légal