

Mairie de Fondettes

Direction de l'Education, Jeunesse et Sports
35 rue Eugène Gouin
37230 FONDETTES

Fiche sanitaire de liaison

LE JEUNE

NOM : Prénom :

Date de naissance : garçon fille

Collège : Niveau scolaire :

Téléphone portable :

RESPONSABLE LÉGAL

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone responsable 1: Responsable 2 :

Mail :

Numéro allocataire CAF ou MSA :

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
(si différente du représentant légal)**

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? non oui : (précisez)

Aucun traitement ne pourra être administré.

L'enfant présente t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

ALLERGIES :

Asthme Alimentaires Médicamenteuses

Autres : (précisez).....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

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

VACCIN OBLIGATOIRE	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date derniers rappels
Infrarix / Révarix (DT Polio)		R.O.R	
Autre :		Hépatite B	
Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire, joindre un certificat de contre-indication Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication		BCG (monovax)	

MALADIES : L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes

<input type="checkbox"/> Rhumatismes	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Angine
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Otites	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rubéole	

MEDECIN TRAITANT / HOSPITALISATION :

NOM :

Téléphone :

VILLE :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèse dentaire...

Précisez.....

ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRA SCOLAIRE :

Nom de la compagnie d'assurance :.....

Adresse de l'assureur :

n° de police :.....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et certifie avoir prit connaissance du règlement intérieur.

J'autorise mon enfant à quitter seul la structure :

- non oui

Quitter la structure avec les personnes suivantes :

-

-

-

Fait à Fondettes, le

Signature,

Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent ; les personnes sont avisées que leurs coordonnées sont enregistrées sur support informatique, les informations les concernant sont confidentielles. Le droit d'accès et de rectification s'exerce auprès du service Education Jeunesse de la Mairie de Fondettes.