

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON (valable du 8 juillet 2019 au 31 août 2020)

*Cette fiche est utilisée dans le but de connaître les aspects médicaux de votre enfant. En cas d'urgence, ces renseignements seront utiles aux équipes médicales et personnels de soin.*

### IDENTITÉ DE L'ENFANT :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe : ♂ Garçon      ♀ Fille

Photo d'identité de  
l'enfant à coller

**OBLIGATOIRE**

(pas d'agrafes)

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : ..... Prénom : ..... N° de téléphone : ...../...../...../...../.....

Lien de parenté/autre : .....

Nom : ..... Prénom : ..... N° de téléphone : ...../...../...../...../.....

Lien de parenté/autre : .....

Nom : ..... Prénom : ..... N° de téléphone : ...../...../...../...../.....

Lien de parenté/autre : .....

### VACCINATIONS (cocher les cases correspondantes)

VACCINS OBLIGATOIRES	EFFECTUÉS	NON EFFECTUÉS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Antidiphthérie			
Antitétanique			
Antipoliomyélitique			
Coqueluche			
Haemophilus influenzae de type b			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque de sérogroupe C			
Contre la rougeole			
Contre les oreillons			
Contre la rubéole			

Documents à fournir obligatoirement : **Copies des vaccins**

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

• **Coordonnées du médecin traitant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Commune : .....

Numéro de téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail : .....@.....



## Renseignements médicaux :

### Traitement médical :

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ?       **Oui**       **Non**

Si oui, merci de préciser lequel : .....

**Si oui, dans le cadre périscolaire et extrascolaire, joindre une ordonnance récente avec la posologie à donner et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### Maladies :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	ROUGEOLE :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>
COQUELUCHE :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	RHUMATISME ARTICULAIRE :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>
VARICELLE :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	OREILLONS :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>
OTITE :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	SCARLATINE :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>
ANGINE :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	AUTRE : (préciser)	

### Allergies :

#### Préciser la cause et la conduite à tenir :

Pour toutes formes d'allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation d'un certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire. Contacter le directeur de l'école ou les responsables du service Jeunesse du Pôle Territorial de la Vallée de la Suippe.

ASTHME :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	
ALIMENTAIRE :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	
MEDICAMENTEUSE :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	
AUTRE :	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	

### Autres difficultés de santé :

.....  
.....  
.....  
.....

### Recommandations des parents concernant la santé de l'enfant :

.....  
.....  
.....  
.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes	<b>OUI</b>		<b>NON</b>	
Si oui, doit-il les garder en récréation ?	<b>OUI</b>		<b>NON</b>	
En motricité ?	<b>OUI</b>		<b>NON</b>	

Je /Nous soussigné(e/s), ..... (père, mère, tuteur/-trice) représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre en cas d'accident ou incident toutes les mesures nécessaires à la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

**Date et signature des représentants légaux :**

« Les informations personnelles recueillies ont pour finalité l'inscription de votre enfant à l'école, à la restauration scolaire et aux activités périscolaires et extrascolaires du Pôle Vallée de la Suippe.

Les données sont conservées pendant toute la scolarité de l'enfant. Les responsables du traitement sont la Communauté urbaine et les établissements scolaires.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, et d'effacement du traitement.

Vous pouvez obtenir des informations en adressant un courrier à la Communauté urbaine du Grand Reims, Direction Animation et Coordination des pôles territoriaux, Hôtel de la Communauté, 3 rue Eugène Desteuque CS 80036 – 51722 REIMS Cedex.

Vous avez la possibilité de contacter notre délégué à la protection des données, pour toute information concernant vos données personnelles à [dpo@grandreims.fr](mailto:dpo@grandreims.fr) ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)) »