

Fiche sanitaire de liaison

année scolaire

2024-2025

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des effectifs périscolaire, à la restauration et à la facturation de ces activités. Ces informations sont destinées uniquement au personnel habilité du SIVS Le Bourdet - Prin-Deyrançon. Ces données seront conservées conformément aux obligations légales d'archivage. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016, vous pouvez à tout moment demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité ou la limitation des données vous concernant, ou vous opposer à leur traitement, en contactant la responsable de l'accueil périscolaire.

Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccinations.

Nom :
Prénom
Date de naissance :
Sexe :
<input type="radio"/> masculin
<input type="radio"/> féminin

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien

Vaccination

Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccinations.

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre indication.

Renseignement médicaux concernant l'enfant :

Coordonnées du médecin traitant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

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

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otites		
Angine			Asthme		
Rhumatisme			Rougeole		
Scarlatine			Oreillons		

L'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, lequel?

.....

(Joindre une ordonnance récente, une autorisation parentale écrite d'administrer un traitement, et les médicaments correspondants [boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine au nom de l'enfant, avec la notice]).

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.

Allergies

Asthme : OUI NON

Médicamenteuse : OUI NON Précisez :

Alimentaire : OUI NON Précisez :

Autre : OUI NON Précisez :

Précisez la conduite à tenir :

.....

Votre enfant bénéficie t-il d'un PAI ? OUI NON

Si oui, merci de fournir une copie (**OBLIGATOIRE**)

Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

Recommandation utiles des parents :

Port de lunettes Port de lentilles Port d'appareil dentaire Port d'appareil auditif,
 Comportement de l'enfant difficulté de sommeil énurésie nocturne autre

Précisez :

Responsable de l'enfant :

Nom et adresse du centre de Sécurité Sociale (CPAM, MSA, MGEN...) :

.....
.....

N° de sécurité sociale :

Je soussigné M responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel du SIVS à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, etc ...) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

A,

Le,

Signature :