

Mairie de St Hilaire Les Andrésis : 02.38.97.42.58 Garderie : 06.32.30.88.12 FICHE SANITAIRE DE LIAISON OBLIGATOIRE	<u>Année scolaire 2025/2026</u> <u>Restauration, Accueil Périscolaire</u> NOM : ☐ Garçon Prénom : ☐ Fille Né(e) le :/...../..... Classe.....
---	--

Nom des responsables légaux de l'enfant :

Adresse :
.....

Code postal : Commune :.....

 domicile :

 portable père:  portable mère :

 travail père :  travail mère :

Indiquez 2 personnes en précisant le rapport* (famille, amis, voisins...) à contacter si nous ne pouvons vous joindre :

Nom Prénom :  :
Rapport*.....

Nom Prénom :  :
Rapport*.....

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES :

N° DE SECURITE SOCIALE :.....
N° DE REGIMES SPECIAUX :.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Nom du médecin traitant :
 :

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?
- Rubéole : ☐ OUI ☐ NON - Varicelle : ☐ OUI ☐ NON - Scarlatine : ☐ OUI ☐ NON
- Coqueluche : ☐ OUI ☐ NON - Rougeole : ☐ OUI ☐ NON - Oreillons : ☐ OUI ☐ NON

ALLERGIES & REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :
Asthme ☐ Médicamenteuses ☐ Alimentaire ☐ Autres
Régime alimentaire particulier ☐ Précisez :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) en référence au P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) validé par le médecin scolaire :
.....
.....

Indiquer les difficultés de santé (maladie, handicap, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :
.....
.....

L'ENFANT SUI-T-IL UN TRAITEMENT MEDICAL : ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, joindre une ordonnance récente 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.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc :
.....
.....

Vaccinations : joindre les photocopies des 3 pages correspondantes du carnet de santé

Nom de la compagnie d'assurance :.....
Adresse :.....
N° de contrat :.....

Je soussigné(e),....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : **Votre signature obligatoire :**