



# VILLE DE BRETEUIL SUR NOYE

Ville de Breteuil

## 1 - ENFANT

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

## ANNEE SCOLAIRE :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS	oui non		DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
BCG				Neisvac	
Infanrix				Pentavac	
ROR				Engerix	
Priorix				Méningitec	
Prévenar				Tetravac	
Revaxis				Autres (préciser)	

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** permanent ? 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

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

## INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TÉL. FIXE DOMICILE : \_\_\_\_\_

PORTABLE (mère) : \_\_\_\_\_ PORTABLE (père) : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature :

Mairie de Breteuil, « Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription de votre enfant pour le restaurant scolaire et ou les activités périscolaires. Les destinataires des données sont : La mairie de Breteuil et son service affaires scolaires. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service des affaires scolaires de la Mairie de Breteuil situé en l'hôtel de ville rue Raoul Huchez à Breteuil. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.