

# Fiche sanitaire de liaison

## année scolaire

### 2022-2023

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.**

<b>Nom :</b> <b>Prénom</b> <b>Date de naissance :</b> <b>Sexe :</b> <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...) :

