

20__ / 20 __

FICHE DE LIAISON SANITAIRE



1 - ENFANT

G F

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE

---	---	---
-----	-----	-----

2 - VACCINATIONS

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

VACCINS	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATE DES DERNIERS RAPPELS
BCG				NEISVAC	
INFANRIX				PENTAVAC	
ROR				ENGERIX	
PRIORIX				MÉNINGITEC	
PRÉVENAR				TÉTRAVAC	
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 INNOULÉ SANS ORDONNANCE**

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

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

ALLERGIES : ASTHME MÉDICAMENTEUSE ALIMENTAIRES AUTRES

préciser :

PRÉCISER 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 - RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT :

PÈRE

MÈRE

AUTRE

PÈRE

MÈRE

AUTRE

préciser :

préciser :

NOM :

NOM :

PRÉNOM :

PRÉNOM :



NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ENFANT (ou du parent auquel il est affilié) :

NOM ET NUMÉRO DE TÉL DU MÉDECIN TRAITANT :

SI L'ENFANT BÉNÉFICIE D'UNE PRISE EN CHARGE CMU OU SS À 100 %, FOURNIR LES ATTESTATIONS RELATIVES

JE SOUSSIGNÉ, RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT, DÉCLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE ET AUTORISE LE RESPONSABLE DES ACTIVITÉS, LE CAS ÉCHÉANT, À PRODIGUER TOUTES MESURES (TRAITEMENTS MÉDICAUX, HOSPITALISATIONS, INTERVENTIONS CHIRURGICALES) RENDUES NÉCESSAIRES PAR L'ÉTAT DE L'ENFANT.

En cochant cette case, j'autorise la détention par le service des affaires scolaires de la commune de Breteuil de la photo de mon enfant sur le présent document, ayant connaissance qu'elle sera détruite avant l'année scolaire suivante.

OUI NON

DATE : | | |

SIGNATURE :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service des affaires scolaires, en sa qualité de Responsable de traitement, pour la gestion administrative du dossier de l'enfant. La base légale de ce traitement est l'intérêt légitime. Vos données sont conservées pendant toute la durée nécessaire à la réalisation de la finalité du traitement, augmentée des éventuelles obligations légales. Elles sont hébergées en France, et ne sont destinées qu'à la Mairie de BRETEUIL. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" et au RGPD (Règlement général sur la protection des données), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier, demander leur effacement, vous opposer ainsi qu'obtenir la limitation au traitement de vos données sous certaines conditions. Vous pouvez exercer vos droits directement auprès de la Mairie de BRETEUIL par voie postale ou par mail à culturecommunication@mairie-breteuil.fr. Si après nous avoir contactés, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Cnil à l'adresse <https://www.cnil.fr/plaintes>.

