

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(document confidentiel)

Photo
de
l'enfant

Cette fiche est utilisée dans le but de connaître les aspects médicaux de votre enfant.
En cas d'urgence, ces renseignements seront utiles aux équipes médicales et personnels de soin.

RAPPEL IDENTITÉ DE L'ENFANT :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Sexe : ♂ Garçon ♀ Fille
Classe :	

IDENTITES DES RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice	Responsable légal 2 : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénom :	Prénom :
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Adresse :	Adresse :
Téléphone (domicile) :/...../...../...../.....	Téléphone (domicile) :/...../...../...../.....
Téléphone (portable) :/...../...../...../.....	Téléphone (portable) :/...../...../...../.....
Téléphone (travail) :/...../...../...../.....	Téléphone (travail) :/...../...../...../.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : autres que les représentants légaux

<u>Nom</u> :	<u>Prénom</u> :
<u>N° de téléphone</u> :/...../...../...../.....	
<u>Lien de parenté/autre</u> :	
<u>Nom</u> :	<u>Prénom</u> :
<u>N° de téléphone</u> :/...../...../...../.....	
<u>Lien de parenté/autre</u> :	
<u>Nom</u> :	<u>Prénom</u> :
<u>N° de téléphone</u> :/...../...../...../.....	
<u>Lien de parenté/autre</u> :	

VACCINATIONS

(cocher les cases correspondantes et indiquer les dates)

VACCINS OBLIGATOIRES pour les enfants nés avant le 1 ^{er} janvier 2018	DATE DES VACCINS	VACCINS obligatoires pour les enfants nés après le 1 ^{er} janvier 2018	DATES DES VACCINS
Diphtérie		Diphtérie	
Tétanos		Tétanos	
Poliomyélite		Poliomyélite	
Toutefois, toutes les autres vaccinations du calendrier vaccinal (voir les vaccins obligatoires pour les enfants nés après le 1er janvier 2018), sont indispensables pour protéger les enfants des maladies infectieuses évitables par la vaccination.		Coqueluche	
		Haemophilus influenzae B	
		Rubéole Oreillons Rougeole	
		Hépatite B	
		Pneumocoque	
		Méningocoque C (bactérie provoquant des méningites)	

Documents à fournir obligatoirement : **Copies des vaccins.**

Si l'enfant n'a pas les **vaccins obligatoires**, merci de nous joindre un certificat médical de contre-indication.

• **Coordonnées du médecin traitant :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone : / / / / ; / / / /

Mail :@.....

Code postal : _ _ _ _ _ Commune :

• **Renseignements médicaux :**

Traitement médical :

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ? **Oui** **Non**

Si oui, merci de préciser lequel :

Allergies :

ASTHME Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non
MÉDICAMENTEUSES Oui Non
AUTRES (animaux, plantes...etc) : Oui Non

Si oui, joindre un certificat médical, précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

En cas d'allergie, il est recommandé de mettre en place un projet d'accueil individualisé (PAI) en lien avec le médecin scolaire.

Restauration scolaire : Classique – Sans porc – Sans viande (*Rayer les mentions inutiles)

Autres difficultés de santé, si oui préciser : **Oui** **Non**

.....
.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents concernant la santé de l'enfant :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif...etc

.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e), (père, mère, tuteur/-trice) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre en cas d'accident ou incident toutes les mesures nécessaires à la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Le pôle territorial concerné devra être informé de toute(s) modification(s) de ces informations.

Date et signature des représentants légaux :

« Les informations personnelles recueillies ont pour finalité l'inscription de votre enfant à l'école, à la restauration scolaire et aux activités périscolaires. Les données sont conservées pendant toute la scolarité de l'enfant et sont mises à jour chaque année. Le responsable du traitement est la Communauté urbaine. Les établissements scolaires en sont destinataires.
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement du traitement.
Vous pouvez obtenir des informations en adressant un courrier à la Communauté urbaine du Grand Reims, Mission affaires scolaires et petite enfance – Pôle Territoires, Hôtel de la Communauté, 3 rue Eugène Desteuque CS 80036 - 51722 REIMS Cedex – Tél. : 03.26.06.94.46. Ajouter une adresse email ou un téléphone, pour faciliter l'accès.
Vous avez la possibilité de contacter notre délégué à la protection des données, pour toute information concernant vos données personnelles à dpo@grandreims.fr ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr) »