

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**

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 :	

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

<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)

VACCINS OBLIGATOIRES	EFFECTUÉS	NON EFFECTUÉS	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Antidiphthérie			
Antitétanique			
Antipoliomyélitique			
Coqueluche			
Haemophilus influenzae de type b			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque de sérogroupe C			
Contre la rougeole			
Contre les oreillons			
Contre la rubéole			

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 :

Maladies :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
VARICELLE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
OTITE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ANGINE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AUTRE : (préciser)	

Allergies :

Préciser la cause et la conduite à tenir :

ASTHME :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ALIMENTAIRE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
MEDICAMENTEUSE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
AUTRE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	



Autres difficultés de santé :

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

Recommandations des parents concernant la santé de l'enfant :

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

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.

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. Les responsables du traitement sont la Communauté urbaine et les établissements scolaires.

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, Direction Animation et Coordination des pôles territoriaux, Hôtel de la Communauté, 3 rue Eugène Desteuque CS 80036 – 51722 REIMS Cedex.

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) »