

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

**Allergies :**

**Préciser la cause et la conduite à tenir :**

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



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](mailto:dpo@grandreims.fr) ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)) »