

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 2023-2024



Nom, Prénom de l'enfant : ..... Né(e) le : .....

Sexe : M  F

Situation familiale :  Marié/Pacsé  Séparé/ Divorcé  Monoparentale  Accueil  
 Veuf/Veuve  Union libre.

### PARENTS DE L'ENFANT

	Parent 1 Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Parent 2 Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. Domicile/Portable :		
Courriel :		

N° de téléphone en cas d'urgence : .....

### COORDONNÉES DES EMPLOYEURS

	Parent 1	Parent 2
Nom employeur :		
Téléphone Travail :		

Personnes susceptibles de venir chercher mon/mes enfant(s) :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N° Téléphone	Adresse

Pendant les activités, j'autorise le personnel de Ville à photographier et / ou à filmer mon enfant pour :

- Réseaux sociaux
  - Site internet
  - Presse
  - Supports de communication
- OUI  NON

**Allergies**

Asthme Oui\* Non Médicamenteuses : Oui\* Non Alimentaires : Oui \* Non

Autres :

**\*ATTENTION : toute case cochée entraînera la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ; se renseigner auprès du pôle « Enfance – Jeunesse ».**

En cas de PAI, j'autorise le médecin référent de la structure à consulter le dossier médical de mon enfant.

Précisez la cause de l'allergie :

.....  
.....

Indiquer ci-après les **difficultés de santé et recommandations** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation,) en précisant les dates et **les précautions à prendre :**

.....  
.....

**Régimes alimentaire :**  Repas du jour  Sans Porc  Végétarien

**Vaccins :**  Diphtérie, Tétanos et Polio  Coqueluche  Haemophilus influenzae B  Hépatite B  
 Infections à pneumocoque  Méningocoque de séro groupe C  Rougeole, Oreillons et Rubéole

Médecin traitant : Nom : ..... Téléphone : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans une trousse (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE**

L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes ?

- |  |                                     |                                     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole         | <input type="checkbox"/> Angine     | <input type="checkbox"/> Rougeole   |
| <input type="checkbox"/> Otite oreillons | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Varicelle       | <input type="checkbox"/> Coqueluche | Autres : .....                      |

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire :

Nom : ..... N° de contrat : .....

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la sante et la moralité de mon enfant.

Ecole fréquentée : .....

Fait à ....., le..... Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Pôle enfance-jeunesse pour les inscriptions périscolaires, accueils de loisirs, activités. Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées à l'inscription conformément à la loi « informatique et Libertés » 1978 modifié et au règlement Européen (RGPD 2016/679). Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le pôle enfance-jeunesse de Huningue.