



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE SCOLAIRE 2023 - 2024

Restauration scolaire, Activités des accueils de loisirs et périscolaires

Direction de l'Education

Nom et prénom de l'enfant : Né(e) le :/...../.....

Garçon

Fille

Classe :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tetracoq					

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Rougeole	Oreillons
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>								

➤ L'enfant est-il concerné par un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ?

Si oui, merci de nous fournir une copie ainsi que le traitement nécessaire (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

➤ L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthmes		Allergies Alimentaires		Allergies médicamenteuses		Autres	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>						

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

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

En cas de traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires, régime alimentaire particulier, etc. :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Noms des représentants légaux de l'enfant :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe : E-mail :

Portable représentant légal 1 : Portable représentant légal 2 :

Travail représentant légal 1 : Travail représentant légal 2 :

Nom du médecin traitant : Téléphone du médecin traitant :

Je soussigné,, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le :/...../..... Signature :

Conformément à la norme simplifiée NS-058 de la CNIL, les données relatives à l'état de l'enfant et à ses besoins spécifiques peuvent être collectées afin de permettre la bonne prise en charge sanitaire et psychologique. Les informations collectées via ce formulaire sont traitées par la Mairie de Capesterre Belle-Eau dans le cadre de votre demande d'adhésion à la Direction de l'Education. Elles font l'objet d'un traitement informatisé, sont conservées pour la durée d'utilité du traitement (gestion des inscriptions et des présences, attestations de présence et facturation) et sont uniquement transmises aux services municipaux. Conformément à la Loi Informatique et Liberté Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 dit RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, de limitation et d'opposition au traitement de vos données. Vous pouvez exercer vos droits par courrier : Mairie de Capesterre Belle-Eau Avenue Paul Lacavé 97130 Capesterre Belle-Eau