

COMMUNE DE LAJOUX

Restauration scolaire

Année 2023-2024

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	<u>L'ENFANT</u>	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
	GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>
CLASSE : _____		

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **Pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant est amené à suivre un traitement médical pendant sa présence à la restauration scolaire, joindre :

- une **ordonnance** récente
- les **médicaments** correspondants : 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.

A titre indicatif : l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME : oui non

MEDICAMENTEUSES : oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES :

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

4 -RESPONSABLES DE L'ENFANT

	Mère	Père
Nom		
Prénom		
Adresse		
Téléphone DOMICILE		
Téléphone PORTABLE		
Téléphone BUREAU		

5 - PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT (autres que les responsables de l'enfant)

Nom / Prénom	Qualité	Téléphone fixe	Téléphone portable

Nous, soussignés,

Responsables légaux de l'enfant

Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons l'équipe encadrante à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signatures des deux parents :