

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Identité de l'enfant

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Vaccinations

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.
Si l'enfant n'a pas ses vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
<i>Diphtérie</i>		<i>Hépatite B</i>	
<i>Tétanos</i>		<i>Rubéole-Oreillons-Rougeole</i>	
<i>Poliomyélite</i>		<i>Coqueluche</i>	
<i>Ou DT Polio</i>		<i>BCG</i>	
<i>Ou Tétracoq</i>		<i>Autres, précisez:.....</i>	

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	Oui	Non	> Votre enfant fait-il de l'asthme ? Oui Non > Votre enfant a-t-il une allergie ? Oui Non <i>Si oui, précisez :</i> > Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non <i>Si oui, précisez :</i> > Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI ? Si oui, fournir une copie du PAI. <i>Autres informations (port de lunettes, opérations, prothèses...), précisez les précautions à prendre :</i>
Rubéole			
Varicelle			
Angine			
Scarlatine			
Oreillons			
Otite			
Coqueluche			
Rougeole			

Responsables légaux de l'enfant et urgence

Responsable légal 1	
Nom	
Prénom	
Adresse	
Téléphone personnel	
Téléphone professionnel	

Responsable légal 2	
Nom	
Prénom	
Adresse	
Téléphone personnel	
Téléphone professionnel	

En cas d'urgence	
Personne à contacter (Nom + téléphone)	
Personne à contacter (Nom + téléphone)	

Vos données et celles de votre (vos) enfant(s) sont nécessaires au service enfance et jeunesse de la collectivité pour assurer le suivi sanitaire de votre (vos) enfant(s). Elles sont conservées 1 an. Vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer auprès du service concerné ou du délégué à la protection des données de l'établissement. Pour connaître vos droits et les modalités, veuillez consulter la notice d'information dans le règlement.

☐ J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement.

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le/la responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

Fait à:

Le

Signature