





1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON [ ] FILLE [ ]

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCC.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui [ ] non [ ]
Si oui, joindre une ordonnance récente et 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

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, OTITE, ASTHME, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, ANGINE, RUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, OREILLONS, MÉDICAMENTEUSES, AUTRES.

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PARCOURANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Informations complémentaires : régime alimentaire ne relevant pas d'une allergie :

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

Je soussigné.e, \_\_\_\_\_, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant ci-dessus désigné.e :

- Atteste sur l'honneur l'exactitude de l'informations renseignées sur le document
- Atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement
- M'engage à signaler tout changement de situation
- M'engage à avoir pris connaissance de l'ensemble des données du présent dossier
- M'engage à payer les prestations payantes auxquels j'inscris mon enfant
- Autorise les encadrants des différentes activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures d'urgence nécessaires par l'état de mon enfant
- Ai connaissance que les données d'identité de la famille seront utilisées par les PEP28 et par la CCPEIDF du fait du partage de l'outil informatique

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du (des) titulaire(s) de l'autorité parentale

Les informations d'identité de la famille recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique par les P.E.P 28 pour les finalités suivantes : inscription, suivi et facturation aux activités périscolaires et extrascolaires. Les destinataires des données sont la CCPEIDF et les P.E.P 28. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant aux services concernés Service Informatique des PEP28, 3 rue Charles Brune 28110 LUCE. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.