

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LES ACTIVITES PERISCOLAIRES DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

**I. ENFANT** NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**II. VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

| Précisez s'il s'agit :    | VACCINS PRATIQUES | DATES       |
|---------------------------|-------------------|-------------|
| Du DT polio               | .....             | ___/___/___ |
| Du DT coq                 | .....             | ___/___/___ |
| Du Tétracoq               | .....             | ___/___/___ |
| D'une prise polio RAPPELS | .....             | ___/___/___ |
|                           | .....             | ___/___/___ |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) |             | ANTIVARIOLIQUE         |             | AUTRES VACCINS |             |
|------------------------|-------------|------------------------|-------------|----------------|-------------|
| DATES                  |             | VACCIN                 | DATES       | VACCINS        | DATES       |
| 1 <sup>er</sup> VACCIN | ___/___/___ | .....                  | ___/___/___ | .....          | ___/___/___ |
| REVACCINATION          | ___/___/___ | 1 <sup>er</sup> RAPPEL | ___/___/___ | .....          | ___/___/___ |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

| INJECTIONS DE SERUM | NATURE | DATES       |
|---------------------|--------|-------------|
| .....               | .....  | ___/___/___ |
| .....               | .....  | ___/___/___ |

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

| RUBEOLE    |     | VARICELLE |     | ANGINES |     | RHUMATISMES |     | SCARLATINE |     |
|------------|-----|-----------|-----|---------|-----|-------------|-----|------------|-----|
| non        | oui | non       | oui | non     | oui | non         | oui | non        | oui |
| COQUELUCHE |     | OTITES    |     | ASTHME  |     | ROUGEOLE    |     | OREILLONS  |     |
| non        | oui | non       | oui | non     | oui | non         | oui | non        | oui |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

|       |             |
|-------|-------------|
| ..... | ___/___/___ |
| ..... | ___/___/___ |
| ..... | ___/___/___ |

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui  
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE : .....

| N° DE S.S. | N° DE TEL | DOMICILE | BUREAU |
|------------|-----------|----------|--------|
| .....      | .....     | .....    | .....  |

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

Signature : .....  
 DATE : .....

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Droit à l'image :  
 J'autorise la Ville de Schirmeck à utiliser l'image de mon enfant pour des supports de communication (bulletin municipal), diaporama et vidéo à l'occasion de manifestations organisées par la mairie (fête péri, cérémonie des vœux...). J'autorise la presse locale à prendre mon enfant en photo ou à le filmer dans le cadre des activités périscolaires.  
 OUI  NON

J'autorise mon enfant à rentrer seul  
 OUI  NON

J'autorise mon enfant à participer aux différentes sorties organisées dans le cadre des activités périscolaires  
 OUI  NON

**OBSERVATIONS FAITES AU COURS DE L'ANIMATION**

PAR LE MEDECIN  (qui indiquera son nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DE L'ANIMATION  (qui indiquera ses nom et adresse)

|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |