

CANTINE SCOLAIRE

Commune de KILSTETT

Année scolaire 2018-2019

FICHE SANITAIRE DE LIAISON page 1	1 - Enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NOM :				
	Prénom :				
	Date de naissance :				
	Garçon	<input type="checkbox"/>	Fille	<input type="checkbox"/>		

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ;
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (Cochez la case à **droite** de la réponse)

RUBEOLE			VARICELLE			ANGINE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			SCARLATINE		
oui	<input type="checkbox"/>	non	oui	<input type="checkbox"/>	non	oui	<input type="checkbox"/>	non	oui	<input type="checkbox"/>	non	oui	<input type="checkbox"/>	non
COQUELUCHE			OTITE			ROUGEOLE			OREILLONS					
oui	<input type="checkbox"/>	non	oui	<input type="checkbox"/>	non	oui	<input type="checkbox"/>	non	oui	<input type="checkbox"/>	non			

ALLERGIES (Cochez la case à **droite** de la réponse)

ASTHME			MÉDICAMENTEUSES			ALIMENTAIRES		
oui	<input type="checkbox"/>	non	oui	<input type="checkbox"/>	non	oui	<input type="checkbox"/>	non

AUTRES : précisez :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON page 2	1 - Enfant					
	NOM :				
	Prénom :				

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

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC.
 PRECISEZ

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

TEL. FIXE : DOMICILE : BUREAU :

TEL. PORTABLE :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (Facultatif) :

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure en charge de l'accueil de l'enfant, à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :