

Pôle Rives de la Suippe

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**

Cette fiche est utilisée dans le but de connaître les aspects médicaux de votre enfant. En cas d'urgence, ces renseignements seront utiles aux équipes médicales et personnels de soin.

RAPPEL IDENTITÉ DE L'ENFANT :

| | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance :/...../..... | Sexe : ♂ Garçon ♀ Fille |
| Classe : | |

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

| | | |
|--------------------------------------|----------------|--|
| <u>Nom</u> : | Prénom : | <u>N° de téléphone</u> :/...../...../...../..... |
| <u>Lien de parenté/autre</u> : | | |
| <u>Nom</u> : | Prénom : | <u>N° de téléphone</u> :/...../...../...../..... |
| <u>Lien de parenté/autre</u> : | | |
| <u>Nom</u> : | Prénom : | <u>N° de téléphone</u> :/...../...../...../..... |
| <u>Lien de parenté/autre</u> : | | |

VACCINATIONS

(cocher les cases correspondantes)

| VACCINS OBLIGATOIRES | EFFECTUÉS | NON EFFECTUÉS | DATE DES DERNIERS RAPPELS |
|----------------------------------|-----------|---------------|---------------------------|
| Antidiphthérie | | | |
| Antitétanique | | | |
| Antipoliomyélitique | | | |
| Coqueluche | | | |
| Haemophilus influenzae de type b | | | |
| Hépatite B | | | |
| Pneumocoque | | | |
| Méningocoque de sérogroupe C | | | |
| Contre la rougeole | | | |
| Contre les oreillons | | | |
| Contre la rubéole | | | |

Documents à fournir obligatoirement : **Copies des vaccins**

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



• **Coordonnées du médecin traitant :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone : / / / / ; / / / /

Mail :@.....

Code postal : _ _ _ _ _ Commune :

• **Renseignements médicaux :**

Traitement médical :

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ? **Oui** **Non**

Si oui, merci de préciser lequel :

Maladies :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

| | | | |
|--------------|---|--------------------------|---|
| RUBEOLE : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | ROUGEOLE : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| COQUELUCHE : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | RHUMATISME ARTICULAIRE : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| VARICELLE : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | OREILLONS : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| OTITE : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | SCARLATINE : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ANGINE : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | AUTRE : (préciser) | |

Allergies :

Préciser la cause et la conduite à tenir :

| | | |
|------------------|---|--|
| ASTHME : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| ALIMENTAIRE : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| MEDICAMENTEUSE : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| AUTRE : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |



Autres difficultés de santé :

.....
.....
.....
.....

Recommandations des parents concernant la santé de l'enfant :

.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e), (père, mère, tuteur/-trice) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre en cas d'accident ou incident toutes les mesures nécessaires à la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Date et signature des représentants légaux :

« Les informations personnelles recueillies ont pour finalité l'inscription de votre enfant à l'école, à la restauration scolaire et aux activités périscolaires. Les données sont conservées pendant toute la scolarité de l'enfant. Les responsables du traitement sont la Communauté urbaine et les établissements scolaires.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, et d'effacement du traitement. Vous pouvez obtenir des informations en adressant un courrier à la Communauté urbaine du Grand Reims, Direction Animation et Coordination des pôles territoriaux, Hôtel de la Communauté, 3 rue Eugène Desteuque CS 80036 – 51722 REIMS Cedex.

Vous avez la possibilité de contacter notre délégué à la protection des données, pour toute information concernant vos données personnelles à dpo@grandreims.fr ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr) »