



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2015-2016

## (Temps Péricolaires)

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Classe fréquentée à la rentrée 2015-2016 : \_\_\_\_\_

### **VACCINATIONS** (à remplir ou joindre une photocopie de la page de vaccination du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée  Oui  Non

Si Oui, lequel : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
RUBEOLE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			OTITE		
VARICELLE			SCARLATINE			ROUGEOLE		
ANGINE			COQUELUCHE			OREILLONS		

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Plan d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire ?  Oui  Non

### **ALLERGIES**

ASTHME  Oui  Non

MEDICAMENTEUSE  Oui  Non

ALIMENTAIRE  Oui  Non

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 précisant les dates et précautions à prendre :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Précisez les recommandations utiles (lunettes, lentilles, appareil dentaire, ...) :

\_\_\_\_\_



Nom et Téléphone du Médecin Traitant : \_\_\_\_\_

Mme et / ou Mr \_\_\_\_\_ responsables légal(aux) de l'enfant  
\_\_\_\_\_ déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche et  
autorisent le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,  
intervention chirurgicale) rendues nécessaires.

Je (nous) soussigné(s) \_\_\_\_\_, responsables(s) de l'enfant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ autorise mon enfant \_\_\_\_\_

- **A participer aux activités organisées dans le cadre des Temps d'Activités Périscolaires**
- **A participer aux activités nécessitant des déplacements à pied.**
- **A être photographié ou filmé lors des TAP** afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web, ...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.

De plus, nous sommes à la recherche de bénévoles qui accepteraient d'aider les intervenants, notamment sur les déplacements et trajets vers les lieux d'activité. Si vous-même ou quelqu'un de votre entourage est disponible, merci d'avance.

- |   |       |          |
|---|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> Disponible le Mardi de 15h00 à 16h30 | Nom : | Prénom : |
| <input type="checkbox"/> Disponible le Jeudi de 15h00 à 16h30 | Nom : | Prénom : |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente fiche et m'engage à informer la coordinatrice de la Mairie de toutes modifications intervenant en cours d'année scolaire (adresse, téléphone, situation familiale...).

Fait à Carentoir, le

**Signature(s) :**

**Marie BAGOT, Mairie de Carentoir, coordinatrice TAP,  
06 25 44 90 47 ou [coordinatricetap@orange.fr](mailto:coordinatricetap@orange.fr)**