



# RESTAURANT SCOLAIRE FICHE SANITAIRE DE LIAISON

20....  
20....

❖ ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARCON

FILLE



CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR VOTRE ENFANT

❖ **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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq					
B.C.G					

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.

❖ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? OUI  NON

**Le personnel n'est pas habilité à donner des médicaments aux enfants**

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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**Tournez SVP →**

❖ **ALLERGIES : ASTHME** : OUI  NON

**MEDICAMENTEUSES** : OUI  NON

ALIMENTAIRES : OUI  NON

AUTRE : OUI  NON

❖ **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.**

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

❖ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS.**

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

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

❖ **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE .....

 . DOMICILE : ..... BUREAU.....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 du restaurant scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures ( traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale ) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date.....

Signature .....