



RESTAURANT SCOLAIRE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

❖ ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON FILLE

20....
20....



VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DT Polio				Hépatite B	
				Rubéole - Oreillons-Rougeole	
				Coqueluche	
				BCG)	
				Autres	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINNE FOURNIR UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION

L'enfant est-il suivi par un Projet d'Accueil Individuel établi avec le médecin scolaire? OUI NON

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ENFANT (allergies médicamenteuses, asthme,...)		
Problèmes du à	Manifestations	Conduire à tenir
.....
.....
.....

ALLERGIES ALIMENTAIRES:		
Allergie à	Manifestations	Aliments à proscrire
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

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

.....

.....

.....

Tournez SVP →

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.....	
Personnes habitées à récupérer le(s) enfant(s) autres que les parents	
NOM	PRENOM
ADRESSE	
.....	
☎. DOMICILE :BUREAU.....PORTABLE.....	
NOM	PRENOM
ADRESSE	
.....	
☎. DOMICILE :BUREAU.....PORTABLE.....	

NOM-PRENOM-N° TEL. DU MEDECIN TRAITANT
.....
.....

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

Date.....

Signature