

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(document confidentiel)

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 : .....	

### IDENTITES DES RESPONSABLES LEGAUX

<b>Responsable légal 1 :</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice	<b>Responsable légal 2 :</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice
Nom d'usage : .....	Nom d'usage : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Téléphone (domicile) : ...../...../...../...../.....	Téléphone (domicile) : ...../...../...../...../.....
Téléphone (portable) : ...../...../...../...../.....	Téléphone (portable) : ...../...../...../...../.....

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : autres que les représentants légaux

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



**VACCINATIONS**  
(cocher les cases correspondantes)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole Oreillons Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser) :	

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 : .....

**Allergies :**

ASTHME	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
AUTRES (animaux, plantes...etc)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si oui, joindre un certificat médical, précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

En cas d'allergie, il est recommandé de mettre en place un projet d'accueil individualisé (PAI) en lien avec le médecin scolaire.

**Autres difficultés de santé, si oui préciser :**     **Oui**     **Non**

.....  
.....

.....  
.....

*Recommandations utiles des parents concernant la santé de l'enfant :*

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif...etc

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

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.

Le pôle territorial concerné devra être informé de toute(s) modification(s) de ces informations.

**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](mailto:dpo@grandreims.fr) ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)) »