

**RESTAURANT SCOLAIRE**

**ANNEE SCOLAIRE**

**2023-2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE** **LIAISON** | **1 –** **ENFANT**NOM : ………………………………………………………………………PRENOM : ………………………………………………………………..DATE DE NAISSANCE : ………./………./………………………… GARÇON [ ]  FILLE [ ]  |

**2 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

SI L’ENFANT N’A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JUSTIFIER LA CONTRE-INDICATION.

**3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical ? oui [ ]  non [ ]

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
|   |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |   |
|   | OUI |   |   | NON |   |   |   | OUI |   |   | NON |   |   |   | OUI |   |   | NON |   |   |   | OUI |   |   | NON |   |   |   | OUI |   |   | NON |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS |   |
|   |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |
|   | OUI |   |   | NON |   |   |   | OUI |   |   | NON |   |   |   | OUI |   |   | NON |   |   |   | OUI |   |   | NON |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |

*ALLERGIES* :

Asthme oui [ ]  non [ ]

Médicamenteuses oui [ ]  non [ ]

Alimentaires 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 les précautions à prendre.

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc…

Précisez.

**5 – RESPONSABLE DE L’ENFANT**

Nom ………………………..……………………………..…..….….. Prénom ………………………....…………………………………………….

Adresse………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………….

Téléphone fixe …..….-…..….-…..….-………-…..….

Téléphone portable …..….-…..….-…..….-………-…..….

Téléphone professionnel …..….-…..….-…..….-………-…..….

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Je soussigné (e), ……………………………………………………………………………………………… 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.

Fait à …………………………………………………………………. Signature :

Le ……………………………………………………………………..