



# 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 AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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 .....