



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

### ACCUEIL DE LOISIRS, PÉRISCOLAIRE ET RESTAURATION SCOLAIRE

#### 1 - ENFANT

Nom : .....	Prénom : .....
Né(e) le : ...../...../.....	À : .....
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles, elle évite de vous démunir du carnet de santé

#### 2 - VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE	VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS À PARTIR DU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2018	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		Haemophilus Influenzae Type B	
		Pneumocoque	
		Meningocoque	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication  
**ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication**

#### 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : ..... Tel : .....

L'enfant suit-il un traitement médical :  oui  non

Votre enfant est-il en situation de handicap ?  oui  non

Si oui merci de nous fournir la notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

Votre enfant est-il allergique ?  oui  non

Si oui : Allergies alimentaires ?  oui  non

Allergies médicamenteuses ?  oui  non

Autres allergies ?  oui  non Précisez : .....

Votre enfant est-il asthmatique ?  oui  non

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?  oui  non

Votre enfant présente-t-il une pathologie nécessitant une attention particulière ?

oui  non

Quelles sont les difficultés de santé ?

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

#### 4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes ?  oui  non

Des lentilles ?  oui  non

Des prothèses auditives ?  oui  non

Des prothèses dentaires ?  oui  non

#### 5-RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom ..... Prénom.....

Adresse .....

Code postal ..... Commune .....

Tel domicile ..... Tel portable : ..... bureau : .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant.....,

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date : ...../...../.....

Signature

**GUICHET UNIQUE POUR TOUS  
DIRECTION ADMINISTRATION GÉNÉRALE  
HÔTEL DE VILLE  
PLACE DE LA RÉPULIQUE  
83320 CARQUEIRANNE**

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont récoltées et utilisées par la Mairie de Carqueiranne uniquement pour les inscriptions extra-scolaires. (Restauration Scolaire, Périscolaire, A.C.M.S.H GRAC et SODA, Transport Scolaire)*

*Elles sont conservées tout au long de la durée des inscriptions.*

*Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données qui vous concernent.*