



MAIRIE DE LES MONTILS – 41120

Téléphone : 02 54 44 41 42
 Courriel : scolaire@mairielesmontils.fr

Télécopie : 02 54 44 41 49
 site internet : www.lesmontils.com

ANNEE 2019 - 2020

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT :

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : . . . / . . . / Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles dans l'intérêt de votre enfant, elles resteront confidentielles.

- 1- **VACCINATIONS : fournir photocopie DTP** (Diphtérie – Tétanos – Polio)
- 2- **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES					
MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

ALLERGIES		
	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez la cause et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

3- RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom(s) :

Adresse :

Portable de la mère : Portable du père :

Téléphone fixe mère : Téléphone fixe père :

Téléphone travail : Téléphone travail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné, M. **père, M^{me}** **mère de**

- Certifie(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires (Transport, Cantine, ALP et TAP).
- Autorise(nt) le personnel de la Commune de Les Montils à faire examiner mon enfant en cas de nécessité, par le médecin de service du cabinet médical de les Montils.
- Ou à le faire transporter, en cas d'urgence, au Centre Hospitalier de Blois ou dans la clinique désignée ci-après :

.....

Date et signature obligatoire du ou des parent(s)

Le : . . . / . . . /