



**MAIRIE DE LES MONTILS – 41120**

Téléphone : 02 54 44 41 42  
 Courriel : [scolaire@mairielesmontils.fr](mailto:scolaire@mairielesmontils.fr)

Télécopie : 02 54 44 41 49  
 site internet : [www.lesmontils.com](http://www.lesmontils.com)

**ANNEE 2021 - 2022**

**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<sup>me</sup>** . . . . . **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 : . . . / . . . / . . . .