



MAIRIE DE LES MONTILS – 41120

Téléphone : 02 54 44 41 42
Courriel : scolaire@mairielesmontils.fr site internet : www.lesmontils.com

ANNEE 2023 - 2024

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 à jour (Diphtérie – Tétanos – Polio).

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

Table with columns: MALADIES, OUI, NON, MALADIES, OUI, NON. Rows include Rubéole, Varicelle, Angine, Rhumatisme articulaire aigu, Scarlatine, Coqueluche, Otite, Rougeole, Oreillons, and Autres (précisez).

Table with columns: ALLERGIES, OUI, NON. Rows include Asthme, Alimentaire, Médicamenteuse, and Autres. Includes a section for cause and conduct to be followed.

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).
• 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 : . . / . . / . . . . .