



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

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

Table with 6 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 3 columns: ALLERGIES, OUI, NON. Rows include Asthme, Alimentaire, Médicamenteuse, and Autres. Includes a section for '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 : ... / ... / ...