

Fiche sanitaire de liaison et d'urgence

Prénom : _____ Nom : _____ Classe : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

I - Vaccinations :

NB : Fournir la copie du carnet de vaccinations

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

II - Recommandations importantes :

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :

☐ Oui (joindre obligatoirement le PAI)

☐ Non

En cas de traitement, l'élève devra être en possession de sa trousse médicale dans :

- l'école
- la garderie
- la cantine

Précisez si l'enfant porte : ☐ des lunettes ☐ des prothèses auditives ☐ des prothèses dentaires ☐ autre (à préciser) :

Médecin de famille - Nom :	Adresse :	Téléphone :
----------------------------	-----------	-------------

Pour la sécurité de votre enfant, vous devez informer la mairie en cas de traitement particulier (asthme, hyperactivité, suivi psychologique, maladie...autres ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci d'indiquer le traitement :

Apte à la pratique de toute activité physique et sportive : ☐ oui - ☐ non

• En cas d'urgence ...

Je soussigné (e) Madame/Monsieur

Représentant légal de l'enfant	Nom: _____	Prénom : _____	Classe
--------------------------------------	------------	----------------	--------

☐ autorise le personnel communal à prendre les mesures nécessaires pour mon enfant **en cas d'urgence** (appel des secours **le 15 ou 18**).

En cas de petites blessures ou problèmes mineurs, l'enfant peut être récupéré par

Prénom : _____ Nom : _____ lien de parenté : _____ ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Prénom : _____ Nom : _____ lien de parenté : _____ ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Prénom : _____ Nom : _____ lien de parenté : _____ ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Observations éventuelles :

Date :

signatures obligatoires

Cadre réservé à la mairie :

Dossier reçu le ____ / ____ /202