



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démurer du carnet de santé.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :		
Adresse :			

I - Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

ET joindre les copie du carnet de santé)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT polio			
ou Tétracoq			
B.C.G.			

Vaccins recommandés	oui	non	Date
Hépatite B			
Rubéole			
Coqueluche			
Autres (préciser)			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : alimentaires oui non asthme oui non
médicamenteuses oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le personnel de la cantine et de la garderie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

« Vos données personnelles recueillies via ce formulaire sont transmises aux services administratifs de la Mairie de Basse-Ham afin d'inscrire votre enfant à l'accueil proposé. Elles font l'objet d'un traitement déclaré au registre de la commune de Basse-Ham, responsable de traitement, représentée par son Maire et dont la base légale repose sur une mission d'intérêt public. Vos données sont conservées selon les règles d'archivage du code du Patrimoine.

Pour exercer vos droits « Informatique et Libertés » et pour toute question relative à ce traitement, vous pouvez contacter la Mairie de Basse-Ham au 03 82 56 22 25 ou mairie@basse-ham.fr ou notre délégué à la protection des données par mail à rgpd@cdg57.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. »