

Fiche sanitaire de liaison 2023

Règlement :	
Quotient :	

Service Jeunesse
91540 MENNECY

Merci de remplir la fiche en lettre majuscules, et de façon lisible.

1) ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Ecole : _____

Date de naissance : ___/___/___ Garçon Fille

Adresse : _____

Mail : _____ @ _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles, elle évite de vous démunir de son carnet de santé.
Elle doit impérativement être remplie par le responsable légal de l'enfant.

2) REPRESENTANTS LEGAUX :

Parent 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

N° de Sécurité Sociale :

Tél fixe (Domicile) :

Tél portable :

Tél bureau :

Parent 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

N° de Sécurité Sociale :

Tél fixe (Domicile) :

Tél portable :

Tél bureau :

3) VACCINATION

Merci de fournir la photocopie du carnet de santé de l'enfant.

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? _____

	Nature	Dates
Injections de sérum		

3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

Ville de Mennecy

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des activités périscolaires et extrascolaires. Les destinataires des données sont la ville de Mennecy, la CAF, la DDSC. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au correspondant informatique et liberté Hôtel de ville – BP1 – 91540 Mennecy Cedex. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement (PAI), merci de joindre l'ordonnance aux médicaments.

ALLERGIES :

- Alimentaires Oui Non
- Médicamenteuses Oui Non
- Autres (animaux, plantes, pollen) Oui Non

Poids :

Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....

Merci de le préciser.

.....

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

Date :

Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

OBSERVATIONS :

Cachet de l'organisme

.....

Ville de Mennecy

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des activités périscolaires et extrascolaires. Les destinataires des données sont la ville de Mennecy, la CAF, la DDSC. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au correspondant informatique et liberté Hôtel de ville – BP1 – 91540 Mennecy Cedex. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.