

COMMUNE DE HARSKIRCHEN

Mairie 6 rue de Fénétrange 67260 Harskirchen

Tél. 03 88 00 90 83

E-mail : contact@harskirchen.com

FICHE UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS ET SANITAIRE
ACCUEIL PERISCOLAIRE ET/OU RESTAURANT SCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE 20 /20

L'ENFANT

Nom			
Prénom			
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Niveau de classe pour l'année scolaire			

REPRESENTANT LEGAL 1

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Tél. fixe : Tél portable : Courriel :

REPRESENTANT LEGAL 2

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Tél. fixe : Tél portable : Courriel :

Situation familiale	<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Séparés Divorcés	<input type="checkbox"/> Parent Isolé
----------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------

ASSURANCES

Compagnie : N° contrat :

PERSONNES A CONTACTER OU AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT

En plus des responsables légaux, **veuillez noter les personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à reprendre l'enfant.**

Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		Téléphone :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :		Téléphone :
Personne à appeler en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Personne autorisée à reprendre l'enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Fiche Sanitaire de Liaison 20.....-20.....	1/ L'enfant	
	Nom :	
	Prénom :	
	Né(e) le	
		Sexe :

2/ Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) Pas de copie du carnet de vaccinations					
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

3/ Renseignements médicaux concernant l'enfant	
L'enfant suit-il un traitement médical ?	OUI NON
Si oui, lequel ? Si oui, dans le cadre périscolaire et extrascolaire, joindre une ordonnance récente avec la posologie à donner et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.	

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?														
RUBEOLE			VARICELLE			ANGINE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			SCARLATINE		
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON
COQUELUCHE			OTITE			ROUGEOLE			OREILLONS					
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON			

Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires ? Votre enfant souffre-t-il d'autres allergies ? Si oui, veuillez préciser la nature de l'allergie :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	--

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes Si oui, doit-il les garder en récréation ?	OUI NON OUI NON
--	--

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal.

Nom et téléphone du médecin traitant :

Nous soussignés,

Adresse :

Tél. :

Responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : Le / /

Signature du représentant légal 1

Signature du représentant légal 2