

L'ENFANT

**FICHE SANITAIRE DE
LIAISON ET D'URGENCE**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

 GARÇON ☐ FILLE ☐ Classe : _____

1- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

 L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à la cantine : Oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

 ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐
 ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

 MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
 AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Nom, coordonnées et téléphone du médecin traitant

.....

Nom et adresse du Centre de sécurité sociale (joindre l'attestation)

N° sécurité sociale :

3 –REPRESENTANT LEGAUX DE L'ENFANT

Père (titulaire de l'autorité parentale) :

Nom

Prénom

N° Portable

N° Tel domicile.....

N° Tel travail

Adresse

.....

Mère (titulaire de l'autorité parentale)

Nom.....

Prénom.....

N° Portable

N° Tel domicile.....

N° Tel travail.....

Adresse.....

.....

***Je soussigné,responsable
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le
personnel de la cantine à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical,
hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci
suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir
l'hôpital de secteur.***

Date :

Signature des parents ou représentants légaux :

EN CAS D'URGENCE :

Personnes à contacter et autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom	Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de famille

Observations éventuelles :