**Fiche sanitaire de liaison Plénée-Jugon**

Année scolaire 2023/2024

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom de l’enfant inscrit** | **Date de naissance** | **Age** | **Sexe** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom de la mère** | **Nom** | **Prénom du père** |
|  |  |  |  |
| Adresse |  | | |
| N° de tél. |  | N° de tél. |  |
| N° du portable |  | N° du portable |  |
| Personne à joindre en cas d’urgence (+ N° Tél.) |  | Autre personne à joindre en cas d’urgence (+ N° Tél) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **Oui** | **Non** | **Date des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| **Diphtérie Tétanos = DTP** |  |  |  | *Coqueluche* |  |
|  |  |  |  | *Haemophilus* |  |
| *Poliomyélite* |  |  |  | *Rubéole-oreillons-rougeole* |  |
| *Pentacoq (= les 3 ci-dessus + Coqueluche et Haemophilus* |  |  |  | *Hépatite B (Hexavalent)* |  |
|  |  |  |  | *Pneumocoque* |  |
|  |  |  |  | *Autres (à préciser)* |  |

*Si le mineur n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

- Poids : - Taille : (information nécessaire en cas d’urgence, à actualiser à chaque période)

- Suit-il un traitement médical: oui  non 

Si oui, **joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants** (boite dans leur emballage d’origine marquée au nom de l’enfant avec la notice + une autorisation parentale). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

(ex : même pour la ventoline et l’homéopathie)

Nom et Téléphone du médecin traitant : ………………………………………………………………………………………………………….

**ALLERGIES**: Alimentaires oui  non  si oui lesquelles ………………………………

Médicamenteuses oui  non  si oui lesquelles ……………………………….

Autres (animaux, plantes, pollen, maquillage) oui  non  si oui lesquelles ………………………………

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l’allergie, les **signes évocateurs** et la conduite à tenir.

En fonction de l'allergie, un PAI (projet d'accueil individuel) sera demandé.

- Le mineur présente-t-il **un problème de santé qui nécessite la transmission d’informations médicales**

(informations sous pli cacheté), **des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter** ?

oui non

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, oui □ non □ Appareils dentaires oui □ non □ Appareils auditifs oui □ non □

ASTHME oui  non  Traitement :……………………………………………………………………………………….

Comportement de l’enfant, *difficultés de sommeil,*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**AUTORISATION PARENTALE :**

Nous soussignons …………………………………………………………………………………………………………………………., responsables légaux du mineur……………………………………………………………………………………… déclarons exact les renseignements portés sur cette fiche et nous nous engageons à les réactualiser si nécessaire.

Nous déchargeons ainsi la commune de Plénée-Jugon de tout incident imputable à la non-communication d’éléments nouveaux.

**Nous autorisons le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l’état de santé de ce mineur** (intervention médicale, hospitalisation et éventuellement anesthésie).

Signature des parents ou du tuteur précédé de la mention « lu et approuvé ».

Date : Signature du parent 1 : Signature du parent 2 :