



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 2019/2020

**Saint Michel le Cloucq**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance: ..... Classe : .....  
 N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant : ..... CPAM  CMU

### VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq (DTP coqueluche)				Autres (préciser)	

Joindre un justificatif des vaccins obligatoires **et** remplir le tableau

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non  (si oui, joindre une ordonnance récente, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

En cas de traitement immédiat nécessaire (exemple asthme), fournir le traitement à l'accueil périscolaire et l'ordonnance jointe.

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (joindre le dernier PAI s'il y en a un)

.....

### INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

L'ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.....

Médecin traitant : ..... Ville : ..... Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

Date : ..... Signature :

# **REGLEMENTS 2019/2020**

L'inscription de votre (vos) enfant(s) à chacun des services périscolaires (cour, restaurant scolaire et accueil périscolaire) implique le respect de ces règlements.

En cas de non respect de ceux-ci, des sanctions s'imposent :

- L'adulte m'explique pourquoi mon comportement n'est pas correct et ce que je dois faire pour le changer.
- L'adulte peut me demander de relire une partie du règlement pour me le réexpliquer afin de trouver des solutions.
- Si c'est nécessaire, je serai isolé (manger seul à une table pour le restaurant scolaire, ne pas faire l'activité proposée pour l'accueil périscolaire ou s'asseoir sur le banc pendant une récréation par exemple).
- Si je ne respecte pas les consignes, j'aurai une croix et je devrai faire signer un mot décrivant mon comportement à mes parents que je rapporterai.
- Au-delà de 5 croix par période scolaire, mes parents pourront être convoqués à la mairie en présence du maire et d'un membre du personnel du service concerné.
- En dernier recours, si je continue à avoir un comportement inacceptable, je pourrai être exclu temporairement ou définitivement sur décision de la mairie.

Le Maire  
Y.BILLAUD

---

## **ENGAGEMENT**

Je m'engage :

Moi, ....., élève en ..... m'engage à respecter le règlement de chacun des services périscolaires.

Signature de l'enfant :

Je soussigné(e) ..... parent de : ....., reconnait avoir pris connaissance de chacun des règlements des services périscolaires.

Fait à : .....,

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature des parents  
ou du responsable légal :