

## Mairie de HOLTZHEIM

1 Place de la Mairie -CS 10204- 67810 HOLTZHEIM

Tel : 03.88.78.05.84 Fax : 03.88.78.81.89

Courriel : [mairie@holtzheim.fr](mailto:mairie@holtzheim.fr)

Site : [www.holtzheim.fr](http://www.holtzheim.fr)



République Française  
Département du Bas-Rhin  
Eurométropole de Strasbourg

Village fleuri   
Commune nature   
Village étoilé   
Culture et langues régionales 

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PHOTO

### 1. ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

GARCON

FILLE

## Activités péri-éducatives HOLTZHEIM ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles aux intervenants pendant le temps où votre enfant mineur est sous leur surveillance.

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

Si oui merci de joindre une copie du PAI et une ordonnance récente avec 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 donné sans ordonnance et sans la mise en place d'un PAI.**

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

Rubéole		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		

**ALLERGIES :**

Asthme	Oui	Non	Médicamenteuses	Oui	Non
Alimentaires	Oui	Non	Autres		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Indiquez ci-après: les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et **les précautions à prendre.**

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes		Des lentilles		Des prothèses auditives		Des prothèses dentaires		Autre : précisez
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	

**5. ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET EXTRASCOLAIRE (joindre l'attestation d'assurance)**

**Compagnie**

**N° assurance :**

**6. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

NOM PRENOM

ADRESSE

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

Personne à prévenir autre que les parents :

NOM PRÉNOM Téléphone

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

**Je soussigné responsable légal de l'enfant**

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

Date : Signature :