

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

Site : 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

1. MINEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance :

GARCON

FILLE

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles aux encadrants 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 Le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

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 aigüe		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 DU MINEUR

NOM PRÉNOM

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 du mineur**,
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 :