



Rue de la Charmille - 41120

Tel : 02 54 44 03 51

Fax : 02 54 44 11 00

www.monthou-sur-bievre.fr

mairie-monthousurbievre@wanadoo.fr



COMMUNE DE MONTHOU-SUR-BIÈVRE

GROUPE SCOLAIRE MICHEL CLAVIER

34 rue de Montrichard

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT :**

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : . . . / . . . / . . . .  Garçon  Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles dans l'intérêt de votre enfant, elles resteront confidentielles.

**1- VACCINATIONS : fournir photocopie DTP (Diphtérie – Tétanos – Polio)**

**2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

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

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES					
MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....

.....

.....

ALLERGIES		
	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez la cause et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

**3- RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Portable de la mère :  Portable du père :

Téléphone fixe mère :  Téléphone fixe père :

Téléphone travail :  Téléphone travail :

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné, M. .... père, M<sup>me</sup> ..... mère de .....

- Certifie(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires (Transport, Cantine, ALP et TAP).
  - Autorise(nt) le personnel scolaire de la Commune de Monthou-sur-Bievre à faire examiner mon enfant en cas de nécessité, par le médecin de service du cabinet médical des Montils.
  - Ou à le faire transporter, en cas d'urgence, au Centre Hospitalier de Blois ou dans la clinique désignée ci-après :
- .....

Date et signature obligatoire du ou des parent(s)

Le : . . . / . . . / . . . .