



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^{me}** **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 : . . / . . /