



Mairie de La Teste de Buch

Hôtel de Ville

BP 50105

33164 LA TESTE DE BUCH CEDEX

☎05.56.54.64.64

Courriel : accueil.familles@latestedebuch.fr

Site de la Ville : rubrique Enfance Jeunesse, inscrire votre enfant.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Valable du 01/09/2021 au 31/08/2022

PRENOM et NOM de L'ENFANT :

Date de naissance : ----/----/----

Garçon

Fille

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

(Maladies, handicap, traitement, conduite à tenir...)

- **Maladies chroniques** : *asthme, convulsions, diabète, autres...* : pouvant survenir sur le temps d'accueil (restauration, accueil périscolaire, accueil de loisirs) : oui : non :

.....
.....

- **Allergies** : oui : non :

.....
.....

- **Troubles, handicap** nécessitant un suivi particulier :

.....

L'enfant est-il bénéficiaire, d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) :

oui : non :

Si oui : fournir l'attestation.

- **L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ?** oui : non :

Si oui, lequel ?

Si vous avez renseigné au moins une des quatre rubriques, il faudra vous rapprocher du Directeur de l'école pour demander un **PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)**, à établir avec le médecin scolaire. **Dans l'attente du PAI, fournir un certificat médical.**

PAI déjà établi l'année passée : oui : non :

Si **oui**, à partir de septembre, il conviendra de le renouveler auprès du Directeur de l'école. Pour les nouveaux arrivants, fournir une copie du PAI en vigueur.

VACCINATIONS :

D.T.COQ/POLIO : oui : non : Date du dernier rappel :

Si **non** : fournir un certificat médical de contre-indication.

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) :

.....
.....

Recommandations particulières :

.....
.....

MEDECIN TRAITANT

NOM : Docteur.....


 :

REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT


Prénom et NOM :

Adresse :

.....

 : Domicile :Portable.....Bureau.....

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

 : Domicile :Portable.....Bureau.....

AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e).....représentant légal de l'enfant.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature

MERCI DE NOUS SIGNALER TOUT CHANGEMENT EN COURS D'ANNEE