



Mairie de La Teste de Buch

Hôtel de Ville

BP 50105

33164 LA TESTE DE BUCH CEDEX

☎ 05.56.54.54.12 ☎ 05.57.73.69.40

Courriel : accueil.familles@latestedeBuch.fr

Site Espace Famille : <https://latestedeBuch.espace-famille.net/latestedeBuch/index.do>

FICHE SANITAIRE DE LIAISON -

Valable du 01/09/2018 au 31/08/2019

PRÉNOM et NOM de L'ENFANT :

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

Garçon

Fille

VACCINATIONS :

D.T.POLIO : oui : non :

Date du dernier rappel :

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

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 : Joindre un certificat médical oui : non :

.....
.....

Troubles, handicap nécessitant un suivi particulier :

.....

Si bénéficiaire, **fournir l'attestation d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)**

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.

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.

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

.....
.....

Recommandations particulières :

.....
.....

MEDECIN TRAITANT

NOM : Docteur.....

 :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Prénom et NOM :

Adresse :

.....

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

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

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

AUTORISATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e).....responsable 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