VILLE DE MONTROUGE
Services des Sports

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025
ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS

1/ L'ENFANT

NOM et PRENOM: Fille ☐ Garçon ☐

Date de naissance: _ _ / _ _ / _ _ N° de sécurité sociale:

ETABLISSEMENT SCOLAIRE DE REFERENCE : Maternelle ☐ Primaire ☐ Collège ☐

ECOLE :

Nom de l'assurance de responsabilité civile:

N° assurance de responsabilité civile (risques SCOLAIRES/EXTRA-SCOLAIRES) :

Personne à contacter en cas de besoin: téléphone:

2/ RESPONSABLES DE L'ENFANT

	TUTEUR / PERE et/ou MERE	
NOM - PRENOM		
Adresse:		
Téléphone maison:		
Téléphone portable:		
Téléphone professionnel:		

3/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

PRECISER LES DATES DU DERNIER RAPPEL DES VACCINATIONS SUIVANTES:

Vaccins obligatoires		Vaccins recommandés	
DIPHTERIE		Hépatite B	
TETANOS		R-O-R	
POLIOMELYTE		Coqueluche	
ou DT Polio		Autres *(précisez)*	
ou Tétracoq			
BCG			

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES:

	OUI	NON		OUI	NON
RUBEOLE			COQUELUCHE		
VARICELLE			OTITE		
ANGINE			ROUGEOLE		
RHUMATISME			OREILLONS		
SCARLATINE					

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME Oui / Non
ALIMENTAIRES Oui / Non Précisez:
MEDICAMENTS Oui / Non Précisez:

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

……
……
……

L'enfant est-il soumis à la signature d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? Oui / Non

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), précisez les précautions à prendre.

……
……
……

L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèse auditives et/ou dentaires ? Oui/Non

Si oui, merci de préciser: ……
……

Je soussigné,…… responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date: **Signature:**