



VILLE DE MAISSE et SIVUEMPP

Hôtel de ville - Place de l'hôtel de ville 91720 MAISSE – 01 64 99 47 26

Fiche sanitaire de liaison et de sortie

- Enfant concerné

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin

	Responsable 1	Responsable 2
Nom		
Prénom		
Tel portable		
Tel Travail ou autre		
Adresse		

N°SS de rattachement : _____

Etes-vous affilié au régime de sécurité sociale MSA : Oui Non

Votre enfant mange un repas : Standard Sans porc Autres : _____

- Personne à contacter et autorisées (autre que les parents)

	Contact 1	Contact 2
Nom		
Prénom		
Nom de Naissance		
Date de Naissance		
Lien de parenté		
Tel. Portable		
Adresse		
Tel. Travail ou autre		
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
À contacter en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Contact 3	Contact 4
Nom		
Prénom		
Nom de Naissance		
Date de Naissance		
Lien de parenté		
Tel. Portable		
Adresse		
Tel. Travail ou autre		
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
À contacter en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



- Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

- Vaccination :

Vous devez fournir une photocopie du carnet de santé ou un certificat médical attestant de la situation vaccinale de l'enfant.

Dans le cas d'une contre-indication médicale à la vaccination, date du certificat médical : _____

- Assurance Obligatoire : Responsabilité civile (fournir attestation)

Compagnie : _____

Numéro de contrat : _____ Validité du : _____ au _____

- Assurance facultative : Individuelle accident ou Individuelle Corporelle (fournir attestation)

Compagnie : _____

Numéro de contrat : _____ Validité du : _____ au _____

- Situation de handicap :

Notification de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) : Oui Non

- Renseignement Médicaux

Existence d'un P.A.I (Projet d'Accueil individualisé) : Oui Non

Votre enfant est-il allergique : Oui Non

Si oui, précisez l'allergie : Asthme Alimentaire Médicamenteuse

Votre enfant présente-t-il une pathologie nécessitant une attention particulière : Oui Non

Votre enfant porte-t-il :

- Des lunettes : Oui Non

- Des lentilles : Oui Non

- Des prothèses auditives : Oui Non

- Des prothèses dentaires : Oui Non

Votre enfant poursuit-il un traitement médical : Oui Non

Recommandations utiles :

En cas d'urgence un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'établissement de santé (hôpital ? clinique...) le plus adapté. La famille est immédiatement avertie. Un enfant mineur ne peut sortir seul de l'établissement de santé.

Je m'engage à signaler par écrit tout changement concernant la santé de l'enfant, auprès de la direction concernée.

Je soussigné(e) déclare exactes les informations communiquées. Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivant du code pénal.

Fait à _____ le _____

Signature