



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 2023/2024

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

- Votre enfant doit obligatoirement être vacciné pour les maladies suivantes :

DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

Enfant né à partir du 1^{er} janvier 2018 :

ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)

Pneumocoque

Méningocoque C

Hépatite B

- Votre enfant est-il atteint d'un trouble de la santé évoluant sur une longue période nécessitant des aménagements dans sa vie quotidienne et/ou un traitement en périscolaire sur l'année ?

Mon enfant à un Projet d'Accueil Individualisé ? Oui Non

- Non mon enfant n'est pas atteint de trouble chronique de la santé (pas de Projet d'Accueil Individualisé)
- Allergie alimentaire
- Asthme
- Maladie chronique
- Allergie médicamenteuse

Autre(s) problématiques (s) particulière(s) à signaler :

.....

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter le Service Education par téléphone

04.76.60.76.26/04.56.58.96.15, par mail espace-famille@eybens.fr ou sur le kiosque famille

<https://portail-eybens.ciril.net/>

- J'autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs Périscolaire à confier mon enfant aux services d'urgences du CHU de Grenoble en cas de besoin.

Oui

Non

- Je déclare exacts les renseignements donnés sur la santé de mon enfant.

Date :

Signature du représentant légal :