



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 2024/2025

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

- Votre enfant doit obligatoirement être vacciné pour les maladies suivantes (né à partir du 1^{er} janvier 2018) :

- DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) + rappel l'année des 6 ans
- ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)
- Pneumocoque
- Méningocoque C
- Hépatite B

Enfant né avant le 1^{er} janvier 2018 et dont les 6 ans sont révolus :

- RAPPEL du DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

- 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 ?

Non mon enfant n'est pas atteint de trouble chronique de la santé

Allergie alimentaire

Asthme

Allergie médicamenteuse

- Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?

Oui

Non

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 :