

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
Septembre 2024 - Août 2025

ENFANT

- NOM : ● PRENOM :
● DATE DE NAISSANCE :/...../..... ● Garçon : Fille : *

RESPONSABLE LEGAL

- NOM : ● PRENOM :
● Adresse :
● Code postal : Ville :
● Tél. fixe (et portable) domicile :
Et bureau :

- Je certifie que les vaccinations obligatoires de mon enfant sont à jour : oui non *

↳ Merci de joindre les **copies des pages du carnet de santé** (pages 90 à 93) relatives aux vaccinations obligatoires, copie du carnet de vaccination ou attestation du médecin.

- Existence d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : oui non *

● Indiquez ci-après les difficultés de santé, antérieures et actuelles (maladie, accident, allergies alimentaires, maladies chroniques, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....
.....

- Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives ...), précisez :

.....
.....
.....

● Nous vous rappelons que le personnel de la Ville de Troyes n'est pas autorisé à administrer de médicament sauf si le traitement est intégré à un P.A.I.

● En cas d'urgence, les personnels de la Ville de Troyes font appel aux services de secours.

● Je soussigné(e),
Responsable légal de l'enfant, autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant, toutes les mesures (dont hospitalisation, intervention chirurgicale ...) rendues nécessaires par l'urgence vitale de l'enfant.

Date :/...../.....

Signature du représentant légal de l'enfant :