



COMMUNE DE SAINT-JEAN-ET-SAINT-PAUL

Fiche Sanitaire de liaison 2024/2025

1- Enfant :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Né(e) le : à Sexe M - F

2- Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Votre enfant suit-il un traitement médical ?: oui* non
*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant et avec la notice)° au secrétariat de mairie.

Votre enfant a-t-il un PAI ?: oui* non
*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant et avec la notice)° au secrétariat de mairie.

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE !

Votre enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :
 alimentaires, médicamenteuse, autres (pollen, animaux, plates, asthme, etc)
Préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :
.....
.....
.....

3- Le responsable de l'enfant :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tel Fixe : Tel portable :
Nom et tel du médecin traitant (facultatif) :
.....

4- Assurance responsabilité civile :

J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile :
Nom de la compagnie d'assurance :
N° de contrat :
Joindre une copie de l'attestation de prise en charge de l'organisme concerné en cours de validité.

A Le.....
Signature