

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

GARÇON

FILLE

NOM : PRENOM :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

1- VACCINATIONS (Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DTPolio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq				Bcg	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

VARICELLE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

ANGINE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

SCARLATINE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

COQUELUCHE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

OTITE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

ASTHME
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

ROUGEOLE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

OREILLONS
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES PARTICULARITES ALIMENTAIRES OU AUTRES DIFFICULTES DE SANTE

EN PRECISANT LES CONDUITES A TENIR : (allergies alimentaires, médicamenteuses, asthmes ...):

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

.....

Suite FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

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

3- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

Votre enfant porte-t-il des lentilles : oui non

Des lunettes : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses auditives : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses ou appareil dentaire : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Autres recommandations/précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :Prénom :

Adresse :

Tél. fixe (et portable), domicile :Bureau :

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :