2020-2021

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. Identité de l'enfant :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Garçon ☐ Fille ☐

2. Vaccinations (se référer au carnet de santé)

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

3. Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? 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 avec la notice)

AUCUN médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

		OUI	NON		OUI	NON
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	Rubéole			Coqueluche		
	Varicelle			Otite		
	Angine			Rougeole		
	Rhumatisme articulaire aigü			Oreillons		
	Scarlatine					

L'enfant est-il allergique ? OUI☐ NON ☐
Si oui, veuillez préciser l'allergie et la conduite à tenir (joindre un **P**rojet d'**A**ccueil **I**ndividualisé) :

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre :

L'enfant a-t-il des **INTERDICTIONS** alimentaires ? OUI NON
Si oui lesquelles :

4. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Précisez :

5. Autorisations parentales (ou représentants légaux)

NOM : .....
Prénom : .....
Téléphone : .....
Nom et téléphone du Médecin traitant (facultatif) : .....

Je soussigné(e), ... responsable légal(e) de l'enfant, ...
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : **SIGNATURE** :