

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM
PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pour l'accueil de l'enfant, elle évite de vous munir de son carnet de santé.

VACCINATIONS: se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux de vaccinations de l'enfant.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'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). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES :

Asthme oui non
Alimentaire(s) oui non
Médicamenteuse(s) oui non
Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

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

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

Recommandations utiles des parents :

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

Précisez :.....
.....
.....

Responsable de l'enfant :

NOM PRÉNOM
Adresse (pendant l'accueil)
.....
Tél. Fixe et Portable Tél. Bureau
Email :
Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)
.....

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

Date :

Signature :