



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
EXTRA-MUROS**

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Établissement scolaire : _____
Garçon ☐ Fille ☐

Responsable(s) de l'enfant :

☐ Père

☐ Mère

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

..... .

Tél domicile :

Portable :

Tél professionnel :

Adresse mail :

N° d'allocataire :

Situation familiale : ☐ mariés, pacsés, vie maritale ☐ divorcés, séparés ☐ autre.....

☐ garde alternée ☐ garde exclusive ☐ autre (famille d'accueil, tiers....)

Personnes à contacter en cas d'urgence : Tél :

(Autre que les parents) Tél :

I- Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) Joindre un certificat médical de contre-indication si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire.

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DTP				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (précisez)	

II- Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Poids :kg Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Allergies : Médicamenteuses oui ☐ non ☐ Si oui, lesquels ?

Alimentaire oui ☐ non ☐ Si oui, lesquelles ?

Autres (pollen, animaux, plantes) Lesquelles ?.....

L'enfant suit-t-il un traitement médical durant sa présence : oui ☐ non ☐

Asthme : oui ☐ non ☐

Pour tout traitement (même asthme) joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine, avec la notice, marqués au nom de l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Si oui, les entourer.

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	

Autres régimes alimentaires : ☐ sans porc ☐ sans viande ☐ autre

En cas de PAI alimentaire, merci de fournir un panier repas pour votre enfant.

III- Recommandations utiles des parents :

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

Et y-a-t-il un suivi à apporter à l'enfant ?

Précisez :

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

IV- Nom et tél. du médecin traitant :.....

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

MERCI DE JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES VACCINS DU CARNET DE SANTÉ DES ENFANTS LORS DE L'INSCRIPTION.

Date :

Signature :