

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_  
 Garçon                       Fille

Responsable(s) de l'enfant :

Père     Mère

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Tél domicile : .....  
 Portable : .....  
 Tél professionnel : .....  
 Adresse mail : .....  
 N° d'allocataire : .....

Situation familiale :  mariés, pacés, vie maritale     divorcés, séparés     autre.....  
 garde alternée     garde exclusive     autre (famille d'accueil, tiers....)

Personnes à contacter en cas d'urgence : ..... Tél : .....  
 ..... Tél : .....

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Si votre enfant suit un traitement, joindre une ordonnance récente ainsi que 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 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

**Allergies :** Asthme                      oui  non   
 Médicamenteuses    oui  non  Si oui, lesquels ? .....  
 Alimentaire                      oui  non  Si oui, lesquelles ? .....

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

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

**Autres régimes alimentaires :**    sans porc    sans viande    autre .....

**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 :

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

Nom et tél. du médecin traitant.....

Je soussigné, .....responsable l'égal 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, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

**MERCI DE JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES VACCINS DU  
CARNET DE SANTE DES ENFANTS LORS DE L'INSCRIPTION**

Date :

Signature :