

FICHE SANITAIRE DE LIAISON EXTRA-MUROS	Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Etablissement scolaire : _____ Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
---	--

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 :