



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Établissement 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 :
 (Autre que les parents) Tél :

I- Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination 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-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 :