



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Établissement 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 : .....  
 (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
<i>Diphtérie</i>				<i>Coqueluche</i>	
<i>Tétanos</i>				<i>Haemophilus</i>	
<i>Poliomyélite</i>				<i>Rubéole-Oreillons-Rougeole</i>	
<i>Ou DTP</i>				<i>Hépatite B</i>	
				<i>Pneumocoque</i>	
				<i>BCG</i>	
				<i>Autres (précisez)</i>	

**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 :