



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Renseignements concernant l'enfant :

(1 feuille par enfant)

Nom de famille : _____

Sexe :

Prénoms : _____

Masculin

Date de naissance : ___ / ___ / ____

Féminin

Vaccinations :

Fournir une photocopie du carnet de vaccinations.

Vaccinations obligatoires : Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DT Polio)

Dernier rappel : ___ / ___ / ____

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Maladies chroniques :

Asthme

Allergies médicamenteuses

Allergies alimentaires

Autre (précisez) : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. En cas d'automédication, le signaler :

L'enfant suit-il un traitement médical chronique :

OUI

NON

Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine avec la notice

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole

Varicelle

Rougeole

Oreillons

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), précisez les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...) :

Médecin traitant :

Docteur _____ exerçant à _____

Téléphone : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant (parents, grands-parents, amis, voisins...) :

NOM, prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Je, soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les personnes responsables de l'encadrement des enfants sur les temps périscolaires et extrascolaires à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (consultation médicale, transport en ambulance, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____,

signature(s) :

le _____