

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1. Enfant	
	NOM :	
	PRENOM :	
	DATE DE NAISSANCE :	
	GARCON ☐	FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

Veuillez joindre la photocopie des vaccins si vous êtes une nouvelle famille où s'il y a eu des changements au cours de l'année précédente

2. Vaccinations

VACCINS	O U I	N O N	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS AUTRES	DATE
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Coqueluche					
Ou Tétracoq					
Méningocoque					
Hépatite B					
R.O.R.					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : Le vaccin Anti-Tétanique ne présente aucune contre-indication

3. Renseignement médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	AUTRES :

ALLERGIES :

- ASTHME oui ☐ non ☐ précision et cause :
- MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐ précision et cause :
- ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ précision et cause :
- AUTRES (pollen, animaux) oui ☐ non ☐ précision et cause :

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, un appareil ou prothèses dentaires etc... Précisez

5. Responsable de l'enfant

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél fixe :

Tél portable :

Bureau/travail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussignée, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :