



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019-2020</h2>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM:.....</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

Attention: le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS 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 (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

⚠ **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Allergies:

ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (précisez) :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

.....

.....

.....

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents :

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

.....
.....
.....

Observations diverses :

.....
.....
.....

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM.....

ADRESSE :

.....

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

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

Médecin traitant :

Nom : Tél :

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Fait à :

Le :

Signature du responsable(s) légal(aux)