

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



1- ENFANT:

Nom:.....

Prénom:.....

Date de naissance:.....

Garçon:

Fille:

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Hépatite B	
tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				BCG	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

L'enfant suit-il un traitement médical: oui non

Si oui joindre : ► une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfants avec la notice)

► une autorisation parentale

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE ET
AUTORISATION DES PARENTS.**

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

Rubéole : oui non

Angine: oui non

Varicelle: oui non

Coqueluche: oui non

Otite: oui non

Rougeole: oui non

Oreillons: oui non

Scarlatine: oui non

Rhumatisme articulaire aigu: oui non

L'enfant a-t-il de l'asthme: oui non

L'enfant a-t-il des allergies: alimentaires oui non

Médicamenteuses oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.
---------------------------------------------------------	----------------------------------

L'enfant bénéficie t-il d'un PAI (*projet d'accueil individualisé*): oui non

Si oui, joindre obligatoirement la photocopie du protocole

3- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

	Oui	Non
Votre enfant porte-t-il des lunettes?(prévoir un étui)		
Votre enfant porte -t-il des lentilles?		
Des prothèses auditives?		
Des prothèses ou appareil dentaire?		

<u>Recommandations utiles des parents (si besoin):</u>

	Oui	Non
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives.		
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées		
Autorisation de transport en commun ou en véhicule de location		

4- ACCIDENT OU INDISPOSITION:

En cas d'accident, nous nous efforcerons de prévenir la famille rapidement . Nous utiliserons pour cela les numéros de téléphone que vous nous avez indiqués. Un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services d'urgence vers l'hôpital, à moins que son état permette d'attendre que la famille le prenne en charge.

En cas d'accident ou de maladie, personnes à contacter en cas d'urgence et par ordre de priorité:

- 1) Nom:..... Prénom:..... TEL:...../...../...../...../...../
- 2) Nom:..... Prénom:..... TEL:...../...../...../...../...../
- 3) Nom:..... Prénom:..... TEL:...../...../...../...../...../

Je soussigné(e)..... Responsable légal(e) de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, visite chez le médecin...)

FAIT A :

SIGNATURE: