

L'ENFANT**FICHE
SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

PHOTO

1-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
Anti-diphtérique				Hépatite B	
Anti-tétanique				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Anti-poliomyélitique				Coqueluche	
A REMPLIR OBLIGATOIREMENT				BCG	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES
PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours** oui non

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : **oui** **non**

DES LUNETTES : **oui** **non** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : **oui** **non** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : **oui** **non** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

.....

TELEPHONE Domicile : Portable :

TELEPHONE Travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

.....

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

Date :

Signature :