

Cadre réservé à la mairie

- | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Restaurant scolaire | <input type="checkbox"/> Ecole de sports |
| <input type="checkbox"/> Surveillance du midi | <input type="checkbox"/> ALSH |
| <input type="checkbox"/> Garderie | <input type="checkbox"/> MULTI-ACT |

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CLASSE A LA RENTRÉE : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL DE VOS ENFANTS AUX SERVICES PERISCOLAIRES ET L'ALSH; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

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 RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant sui-il un **traitement médical** ? oui non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHMES OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON Autres _____

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC.... PRECISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? OUI NON OCCASIONNELLEMENT

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? OUI NON

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

N° Tél Mère : _____ portable : _____ travail : _____

N° Tél Père : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT _____

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

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
