



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé de votre enfant et reste confidentielle

⇒ **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé, remplir ou joindre copie des pages de vaccinations)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DE DERNIERS RAPPELS |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|
| Diphtérie | | | |
| Tétanos | | | |
| Poliomyélite | | | |
| Ou DT polio | | | |
| Ou Tétracocq | | | |

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

⇒ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Votre 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 aigu 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 Médicamenteuse Oui non
Alimentaires Oui non Autres :

Si votre enfant est allergique, PAI (projet d'accueil individualisé a-t-il été mis en place ?
Oui (dans ce cas joindre la copie du PAI) non

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

.....
.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

.....
.....

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 lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? précisez :

.....
.....

⇒ **PRATIQUES D'ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES**

Votre enfant est-il apte à la pratique d'activités physiques et sportives Oui Non

⇒ **RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

MERE :

Nom :

Prénom :

☎ dom :/...../...../...../.....

☎ port :/...../...../...../.....

☎ pro :/...../...../...../.....

Adresse :

.....

Nom, Adresse et ☎ du médecin traitant

.....

⇒ **PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE** (si impossibilité de contacter les parents)

Personne 1 Nom : Prénom :

☎ dom :/...../...../...../.....

☎ port :/...../...../...../.....

Adresse :

Lien de parenté avec le responsable légal :

Personne 2 Nom : Prénom :

☎ dom :/...../...../...../.....

☎ port :/...../...../...../.....

Adresse :

Lien de parenté avec le responsable légal :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le maire ou/et son représentant à prendre le cas échéants, toutes mesures (médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :