

COMME AU NID

95450 COMMENY

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

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 RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Polio				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (à préciser)	

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

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant son accueil ? OUI NON

Si oui joindre l'**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 donné sans ordonnance.

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

	OUI	NON			
RUBEOLE			COQUELUCHE		
VARICELLE			OTITE		
ANGINE			ROUGEOLE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ			OREILLONS		
SCARLATINE					

ALLERGIES :

Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON Autres

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

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

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, précisez.

.....
.....

4 - AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI NON

6 – RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom Prénom.....

Adresse.....

Monsieur - Tèl Domicile..... Tèl. Professionnel.....

Tèl. Portable.....

Madame - Tèl. Domicile..... Tèl. Professionnel.....

Tèl Portable.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom :Prénom :

Tèl Professionnel: Tèl Portable:

Nom et Tèl du Médecin Traitant :

.....

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

*Barrez la mention inutile

Date :

Signatures des deux parents obligatoires :