

# MAIRIE COMMENY

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille

**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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Polio				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				BCG	
<b>Ou</b> 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 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 :