

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1. Enfant
	NOM :
	PRENOM :
	DATE DE NAISSANCE :
	GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

Veillez joindre la photocopie des vaccins si vous êtes une nouvelle famille où s'il y a eu des changements au cours de l'année précédente

2. Vaccinations

VACCINS	O U I	N O N	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS AUTRES	DATE
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Coqueluche					
Ou Tétracoq					
Méningocoque					
Hépatite B					
R.O.R.					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : Le vaccin Anti-Tétanique ne présente aucune contre-indication

3. Renseignement médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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"/>	AUTRES :

ALLERGIES :

- ASTHME oui non précision et cause :
- MEDICAMENTEUSES oui non précision et cause :.....
- ALIMENTAIRES oui non précision et cause :.....
- AUTRES (pollen, animaux) oui non précision et cause :.....

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, un appareil ou prothèses dentaires etc... Précisez

5. Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Tél fixe : Tél portable : Bureau/travail :
Nom et téléphone du médecin traitant :

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

Date : Signature :