

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE.....
 AGE :
 GARÇON FILLE
 ECOLE :
 CLASSE :

ANNEE SCOLAIRE 2017/2018

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT (Personne exerçant l'autorité parentale)

NOM : PRENOM :
 ADRESSE : Ville.....
 CP : Mail :
 TEL FIXE ET (PORTABLE) :/..... BUREAU :
 N° SECU. :/...../...../...../...../...../..... Régime général SNCF
 N° ALLOCATAIRE CAF : Agricole Autre Préciser :.....
 COMPAGNIE ASSURANCE (Responsabilité civile) : N° :
 NOM DU MEDECIN TRAITANT : (facultatif) :
 TEL :

EN CAS D'URGENCE PREVENIR : TEL :

3 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
BCG					

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.

4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées 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 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 AIGÜ 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 MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

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

(si automédication le signaler)

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

5 - INDIQUEZ CI-APRES :

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

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

6 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

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

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT OUI NON
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE OUI NON

7 – AUTRES RENSEIGNEMENTS :

L'ENFANT EST AUTORISE A : - VENIR SEUL A L'ACCUEIL (+ de 7 ans) OUI NON
- QUITTER SEUL L'ACCUEIL (+ de 7 ans) OUI NON
- PARTICIPER A LA BAIGNADE (PISCINE) OUI NON
- PARTICIPER AUX SORTIES OUI NON
- ÊTRE PRIS EN PHOTO LORS DES ANIMATIONS OUI NON
- AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR LES SECOURS OUI NON

8 – PERSONNES (PLUS DE 16 ANS) AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT :

NOMS	PRENOMS	TELEPHONE

Je soussigné(e) Mr ou Mme
Exerçant l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :