

Fiche sanitaire de liaison 20../20..



Enfant :	Nom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

A compléter **OBLIGATOIREMENT** - Une copie du carnet est tout de même demandée aux familles.

vaccins obligatoires	oui	non	Date de derniers rappels	vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Coqueluche	
Poliomyélite				Hépatite B	
ou DTPolio				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
ou Tétratoq				Autre préciser	

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Rhumatisme
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

Allergies :

médicamenteuses : oui non

asthme : oui non

alimentaires : oui non

autres (maquillage...) : oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

Personnes autres que les parents autorisés à venir chercher l'enfant (grands parents, ami, nounou...) :

Nom et Prénom: _____ Tel : _____

Nom et Prénom: _____ Tel : _____

IV - Famille :

Père : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

Mère : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) :

V - Autorisations :

✧ Autorise l'enfant à repartir seul

oui non

✧ Autorise l'enfant à participer à toutes les sorties ou activités proposées

oui non

✧ Autorise le centre à photographier et utiliser les photos de votre enfant dans le cadre de ses accueils

oui non

Je soussigné, responsable légal de l'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 l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :