



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2016 | 2017

NOM : PRENOM :

Date de naissance : Sexe :

Etablissement scolaire :

Numéro de sécurité sociale :

Numéro de téléphone prioritaire :

Médecin traitant : NOM VILLE

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT	NOM, PRENOM (Parent ou Tuteur...)	NOM, PRENOM (Parent ou Tuteur...)
Domicile
Travail
Portable
Adresse

	Nom, Prénom	Commune	Domicile	Travail	Portable
AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX					
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.
ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole OUI NON	Varicelle OUI NON	Angine OUI NON	Rhumatisme articulaire aigu OUI NON	Scarlatine OUI NON
Coqueluche OUI NON	Otite OUI NON	Rougeole OUI NON	Oreillons OUI NON	

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

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES

Asthme	OUI	NON	Médicamenteuse	OUI	NON
Alimentaires	OUI	NON	Autres	OUI	NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

DIFFICULTES DE SANTE (accident, maladie, crise convulsive, hospitalisation...), merci d'indiquer les dates et les précautions à prendre :

.....

AUTRES RECOMMANDATION UTILES (lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaire...) :

.....

.....

AUTORISATIONS PARENTALES

→ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités, physiques et sportives **OUI NON**
Si non, précisez les activités :

→ J'autorise mon enfant à se baigner **OUI NON**
Sait-il nager ? **OUI NON**

→ J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et m'engage à en payer les frais **OUI NON**

Je soussigné (e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage à signaler toutes modifications.**

A CHAUVE, le

Signature du représentant légal
(Précédée de la mention lu et approuvé)

Signature du représentant légal
(Précédée de la mention lu et approuvé)