









FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2017 | 2018

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		

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

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					
Ou Tétracoq				BCG	

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 ET RECOMMANDATIONS UTILES (accident, maladie, crise convulsive, hospitalisation...), merci d'indiquer les dates et les précautions à prendre :

.....

Votre enfant a-t-il un Projet d'accueil individualisé ? OUI NON
Votre enfant a-t-il une reconnaissance auprès de la M.D.P.H. ? OUI NON

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.**

À CHAUVÉ, le

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

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