

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(Compléter une fiche par enfant)

IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Date de Naissance :

Garçon Fille

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

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical particulier ?

oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(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

A titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (entourez la réponse)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	

Allergies	Asthme	Médicamenteuses	Alimentaires	Autres à préciser
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir				

P.A.I (Projet d' Accueil Individualisé) en cours : oui non

Si oui joindre obligatoirement une copie du protocole

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(Compléter une fiche par enfant)

IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Date de Naissance :

Garçon Fille

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

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical particulier ?

oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(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

A titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (entourez la réponse)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	

Allergies	Asthme	Médicamenteuses	Alimentaires	Autres à préciser
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir				

P.A.I (Projet d' Accueil Individualisé) en cours : oui non

Si oui joindre obligatoirement une copie du protocole

INDIQUEZ CI-APRÈS, LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE.

--

INDIQUEZ CI-APRÈS, LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE.

--

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

	Oui	Non
Votre enfant porte-t-il des lentilles ?		
Des lunettes ? au besoin, prévoir un étui au nom de l' enfant		
Des prothèses auditives ?		
Des prothèses ou appareil dentaire ?		
Autres recommandations		

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

	Oui	Non
Votre enfant porte-t-il des lentilles ?		
Des lunettes ? au besoin, prévoir un étui au nom de l' enfant		
Des prothèses auditives ?		
Des prothèses ou appareil dentaire ?		
Autres recommandations		

AUTORISATIONS

	Oui	Non
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives		
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées		
Autorisation de transport en véhicule de service et car de location		

AUTORISATIONS

	Oui	Non
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives		
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées		
Autorisation de transport en véhicule de service et car de location		

Je soussigné(e), **responsable légal de l'enfant**
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.

Date :

Signature :

Je soussigné(e), **responsable légal de l'enfant**
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.

Date :

Signature :