

# 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	oui		non		Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diptérie						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	oui		non		Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diptérie						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 :*