

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

TELEPHONE PORTABLE :

GARÇON

FILLE

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable 1 :

NOM PRÉNOM

ADRESSE

Code postal :

Commune :

Lien de parenté :

Mail :

N° de Téléphone : domicile : portable : travail :

Responsable 2 :

NOM PRÉNOM

ADRESSE

Code postal :

Commune :

Lien de parenté :

Mail :

N° de Téléphone : domicile : portable : travail :

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	DATES
Diphétérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	ARTIC
Oui <input type="checkbox"/>				
Non <input type="checkbox"/>				
SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
Oui <input type="checkbox"/>				
Non <input type="checkbox"/>				

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.

ALLERGIES : ASTHME oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non
 AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

VOTRE ENFANT EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP? oui non

SI OUI MERCI DE FOURNIR UN JUSTIFICATIF

NOM ET TÉLEPHONE DU MÉDECIN TRAITANT _____

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise / je n'autorise pas le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur de la structure à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

AUTORISATIONS

	Autorise	N'autorise pas
Voyager en transport collectif		
Voyager en voiture individuelle de la CDC		
Sortir de la structure quand l'activité le nécessite		
Baignade		
Droit à l'image (photos)		
Sorties		
Rentrer seul du local		

Merci de joindre à votre numéro allocataire un justificatif de régime (copie passeport Caf, attestation MSA, copie carte vitale...)

N° allocataire CAF : _____

N° allocataire CMAF : _____

N° allocataire MSA : _____

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature des parents :