

## Fiche sanitaire de liaison 20../20..



<b>Enfant :</b>	Nom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :

### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

A compléter **OBLIGATOIREMENT** - Une copie du carnet est tout de même demandée aux familles.

vaccins obligatoires	oui	non	Date de derniers rappels	vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Coqueluche	
Poliomyélite				Hépatite B	
ou DTPolio				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
ou Tétratoq				Autre préciser	

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

#### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Rhumatisme
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

#### Allergies :

médicamenteuses : oui  non

asthme : oui  non

alimentaires : oui  non

autres (maquillage...) : oui  non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

Personnes autres que les parents autorisés à venir chercher l'enfant (grands parents, ami, nounou...) :

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

### IV - Famille :

Père : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mère : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) :

### V - Autorisations :

✧ Autorise l'enfant à repartir seul

oui  non

✧ Autorise l'enfant à participer à toutes les sorties ou activités proposées

oui  non

✧ Autorise le centre à photographier et utiliser les photos de votre enfant dans le cadre de ses accueils

oui  non

**Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

**Signature** (précédée de la mention lu et approuvé) :