FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE.....
 AGE :
 GARÇON FILLE
 ECOLE :
 CLASSE :

ANNEE SCOLAIRE 2022/2023

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT (Personne exerçant l'autorité parentale)

NOM : PRENOM :
 ADRESSE : Ville.....
 CP : Mail :
 TEL FIXE ET (PORTABLE) :/..... BUREAU :
 N° SECU. :/...../...../...../..... Régime général SNCF
 N° ALLOCATAIRE CAF : Agricole Autre Préciser :
 COMPAGNIE ASSURANCE (Responsabilité civile) : N° :
 NOM DU MEDECIN TRAITANT : (facultatif) :
 TEL :

EN CAS D'URGENCE PREVENIR : TEL :

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

VACCINS			DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES
	OUI	NON			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
BCG					

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui non

Si oui, joindre **une ordonnance** récente et **les médicaments** correspondant (**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.

Enfant :

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

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

Un PAI a-t-il été fait avec l'école : OUI NON **SI OUI, LE JOINDRE IMPERATIVEMENT AVEC CETTE FICHE**

5 - INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT , CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET **LES PRECAUTIONS A PRENDRE.**

6 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, ETC...
PRECISEZ.

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT OUI NON
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE OUI NON

7 - AUTRES RENSEIGNEMENTS :

L'ENFANT EST AUTORISE A : - VENIR SEUL A L'ACCUEIL (+ de 7 ans) OUI NON
- QUITTER SEUL L'ACCUEIL (+ de 7 ans) OUI NON
- PARTICIPER A LA BAINNADE (PISCINE) OUI NON
- PARTICIPER AUX SORTIES OUI NON
- ÊTRE PRIS EN PHOTO LORS DES ANIMATIONS OUI NON
- AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR LES SECOURS OUI NON

8 - PERSONNES (PLUS DE 16 ANS) AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT :

NOMS	PRENOMS	TELEPHONE

Je soussigné(e) Mr ou Mme
Exerçant l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, Intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :