



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ANNEE 2016-2017

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

ENFANT :  Fille  Garçon /  Moguerou  Ange Gardien / Classe : .....

NOM : ..... Prénom : .....

ADRESSE : .....

Date et lieu de naissance : .....

RESTAURANT SCOLAIRE  ACCUEIL LOISIRS  ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS

### 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de sante ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES			DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES			DATE
	OUI	NON			OUI	NON	
diphtérie				hépatite B			
tétanos				rubéole			
poliomyélite				coqueluche			
ou DT polio				autres (préciser)			
ou tétracoq							
B.C.G.							

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

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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 ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	COQUELUCHE
<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"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
<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	

### ALLERGIES

Médicamenteuses  OUI  NON  
Alimentaires  OUI  NON  
Régime alimentaire  OUI  NON  
Autres  OUI  NON

asthme  OUI  NON

Joindre un certificat médical

### 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**

### 3 – RECOMMANDATIONS UTILES

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

### 4 - RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

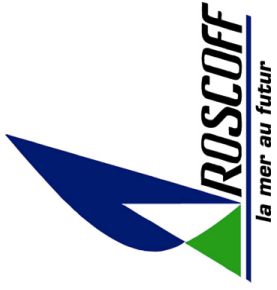
Adresse : .....

Domicile ..... Travail ..... Portable.....

N° S.S. : .....

Je soussigné, Responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'accueil 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) : ..... Date : .....



## AUTORISATIONS

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (ou mes) enfants(s) :

NOM - Prénom	Adresse	téléphone	Lien de parenté
..... .....	..... .....	.....	.....
..... .....	..... .....	.....	.....
..... .....	..... .....	.....	.....
..... .....	..... .....	.....	.....