FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. L’enfant :

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe : garçon / fille

1. Vaccinations : *(remplir à partir du carnet de santé ou joindre des certificats de vaccinations de l’enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé avec le nom et prénom de l’enfant notés en en-tête).*

|  |  |
| --- | --- |
| VACCINS | Dates du dernier rappel |
| Hépatite B |  |
| Polio |  |
| Diphtérie |  |
| Tétanos |  |
| Coqueluche |  |
| Hémophilius B |  |
| Rougeole |  |
| Oreillon |  |
| Rubéole |  |
| BCG |  |
| Autres vaccins |  |

1. Renseignements médicaux :

L’enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maladie** | OUI | NON | **Maladie** | OUI | NON |
| Rubéole |  |  | Coqueluche |  |  |
| Varicelle |  |  | Rougeole |  |  |
| Oreillons |  |  | Scarlatine |  |  |
| Otite |  |  | Rhumatisme |  |  |
| Angine |  |  | Asthme |  |  |
| Allergies |  |  |  |  |  |

Indiquez ici les autres problèmes de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Précisez s’il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux, …)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Recommandations des parents :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nom et coordonnées du médecin traitant de l’enfant :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Représentant légal de l’enfant :

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

Adresse (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de téléphone portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je soussigné, (Nom Prénom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ représentant légal de l’enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nom Prénom de l’enfant) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J’autorise par la présente la responsable ou son adjointe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l’état de l’enfant.

Date : Signature :