

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 –L’ENFANT

NOM : PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE : FILLE GARCON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR L’ENFANT

ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

2 -VACCINATIONS

- JOINDRE **LA PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION** DU CARNET DE SANTE.
- SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids de l'enfant :

Taille de l'enfant :

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

Si oui joindre une **ordonnance** récente (moins de 3 mois) 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 administré sans ordonnance.

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

VOTRE ENFANTS A-T-IL EU LA VARICELLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ALLERGIE ALIMENTAIRE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ALLERGIE MEDICAMENTEUSE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
AUTRE ALLERGIE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
VOTRE ENFANT FAIT-IL DE L’ASTHME	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE, LA REACTION ET LA CONDUITE À TENIR (CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE)

.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation ...), EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, UN APAREIL DENTAIRE, CORSET ETC...PRÉCISEZ

.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

.....
.....
.....

SI VOTRE ENFANT A **UNE PRISE EN CHARGE PARTICULIERE** (suivi psychologique, psychomotricité, ergothérapie,...etc) ET/ OU NECESSITE UNE **ATTENTION SUPPLEMENTAIRE** ; VEUILLEZ EN INFORMER LA DIRECTION QUI TRANSMETTRA LES CONSIGNES NECESSAIRES A SON BIEN ETRE.

.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

TEL TRAVAIL :

Adresse mail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

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.

Date :

Signature :