



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS OBLIGATOIRE PENDANT LES ACTIVITES DE VOS ENFANTS

Identité de l'enfant

Nom:
 Prénom:
 Sexe:
 Date de naissance:

Vaccinations

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

Si l'enfant n'a pas ses vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

| Vaccins obligatoires | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | Hépatite B | |
| Tétanos | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | Autres, précisez:..... | |

Renseignements médicaux concernant l'enfant

| Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes? | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| Rubéole | | |
| Varicelle | | |
| Angine | | |
| Scarlatine | | |
| Oreillons | | |
| Otite | | |
| Coqueluche | | |
| Rougeole | | |

⇒ Votre enfant fait-il de l'asthme? Oui Non
 ⇒ Votre enfant a-t-il une allergie? Oui Non
 Si oui précisez.....
 ⇒ Votre enfant suit-il un traitement médical? Oui Non
 Si oui précisez.....
 ⇒ Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI? Oui Non
Si oui fournir une copie du PAI
 Autres informations (opérations, port de lunettes, prothèses...)
 Précisez les précautions à prendre:

Responsables légaux de l'enfant et urgence

| | |
|-------------------------|--|
| Responsable légal 1 | |
| Nom | |
| Prénom | |
| Adresse | |
| Téléphone personnel | |
| Téléphone professionnel | |

| | |
|-------------------------|--|
| Responsable légal 2 | |
| Nom | |
| Prénom | |
| Adresse | |
| Téléphone personnel | |
| Téléphone professionnel | |

EN CAS D'URGENCE

| | |
|--|--|
| Médecin traitant <i>(Nom + téléphone)</i> | |
| Personne(s) à contacter <i>(Nom + téléphone)</i> | |
| N° Sécurité Sociale | |

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le/la responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

Fait à:

Le

Signature