

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel

Nom :Prénom :
Date de naissance : O Fille O Garçon

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
DT polio			
Tétracoq			
BCG			

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical durant l'activité ? O OUI O NON

Si oui, lequel :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole : O OUI O NON	Varicelle : O OUI O NON	Otite : O OUI O NON
Angine : O OUI O NON	Oreillons : O OUI O NON	Rougeole : O OUI O NON
Coqueluche : O OUI O NON	Scarlatine : O OUI O NON	Rhumatisme : O OUI O NON

Allergies :

Asthme : O OUI O NON	Alimentaires : O OUI O NON
Médicamenteuses : O OUI O NON	Autres :

Précisez la cause des allergies et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles des parents. Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez :

.....
.....

N° de Sécurité Sociale :

Personne à contacter en cas de problème médical (parents/responsable de l'enfant)

Nom : Prénom :

Téléphone (domicile/portable/professionnel) :

**Je soussigné,responsable légal de l'enfant
.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le
responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux,
hospitalisations) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date :

Signature :