

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

### 2 – VACCINATIONS

## Photocopie du carnet de sante

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

#### ALLERGIES :

MÉDICAMENTEUSES oui / non

ALIMENTAIRES oui / non

ASTHME oui / non

AUTRES :

**PRÉCISEZ**.....

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Transmettre les médicaments à l'adulte et ne surtout pas les laisser à l'enfant.**

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Prévenir le personnel de l'accueil en cas de mise en place de PAI.

**Régime alimentaire pour raisons médicales, religieuses, culturelles ou autre... oui / non**

**PRÉCISEZ**.....

J'autorise le personnel de l'accueil à maquiller mon enfant. Oui / non

#### **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

### 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE ..... PORTABLE .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

**Date :**

**Signature :**