

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 :