



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant les temps périscolaires de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin de l'année.

Merci de nous remettre cette fiche sous enveloppe cachetée au nom et prénom de l'enfant

1- Enfant

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Age: _____

Garçon Fille

2- Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement pendant l'année? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et le médicaments correspondants

(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées nom et prénom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicaments ne pourra être pris sans ordonnance

3-Vaccinations : joindre obligatoirement la copie des vaccinations.

→L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES: Asthme OUI NON

Alimentaires OUI NON Si oui, à quoi?

Médicamenteuses OUI NON Si oui, à quoi?

Autres.....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

Les difficultés de santé (Maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **en précisant les dates et les précautions à prendre.**

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

4- Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives... et ou il y a des aliments qu'il ne doit pas manger

.....
.....

5- Responsable(s) de l'enfant: Père Mère Tuteur (rayer la mention inutile)

Nom Prénom

Adresse:.....

☎ Domicile:.....

☎ Professionnel :.....

☎ Portable:

Père Mère Tuteur (rayer la mention inutile)

Nom Prénom

Adresse:.....

☎ Domicile:.....

☎ Professionnel :.....

☎ Portable:

Personne à contacter en cas d'absence :

Nom Prénom

Adresse:.....

☎ Domicile:.....

☎ Professionnel :.....

☎ Portable:

Autorisation Parentale (obligatoire)

En cas d'accident, toutes les mesures d'urgence seront prises, y compris l'hospitalisation

Je soussigné (e) Nom :..... Prénom :.....

Responsable légal de l'enfant, en qualité de Père, Mère, Tuteur, donne l'autorisation de le soigner et de le transférer en cas de nécessité à l'hôpital.

Je m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation afférents.

Signature des parents ou tuteurs légaux :