



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACCUEIL DE LOISIRS, Garderie Périscolaire, Restauration Scolaire

1 - ENFANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
☐ Garçon ☐ Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles, elle évite de vous démunir du carnet de santé

2 - VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE	VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS À PARTIR DU 1 ^{ER} JANVIER 2018	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		Haemophilus Influenzae Type B	
		Pneumocoque	
		Meningocoque	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : ☐ oui ☐ non

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

Rubéole	☐ OUI	Varicelle	☐ OUI	Otite	☐ OUI	Scarlatine	☐ OUI	Rhumatisme articulaire aigu	☐ OUI
	☐ NON		☐ NON		☐ NON		☐ NON		
Coqueluche	☐ OUI	Angine	☐ OUI	Rougeole	☐ OUI	Oreillons	☐ OUI		☐ NON
	☐ NON		☐ NON		☐ NON		☐ NON		

Allergies : Asthme ☐ oui ☐ non Médicamenteuses ☐ oui ☐ non
 Alimentaires ☐ oui ☐ non ☐ autres

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE 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 les précautions à prendre.

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

4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc

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

5-RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom.....

Adresse

Code postal Commune

Tel domicile Tel portable : bureau :

Nom et tel du médecin traitant :

Je soussigné,responsable légal de l'enfant.....,

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :/...../.....

Signature

GUICHET UNIQUE POUR TOUS
DIRECTION ADMINISTRATION GÉNÉRALE
HÔTEL DE VILLE
PLACE DE LA RÉPULIQUE
83320 CARQUEIRANNE