

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SERVICE ENFANCE

ENFANT

NOM

Prénom

Date de naissance

VACCINATIONS

Joindre un document attestant des vaccinations de l'enfant conformes au calendrier vaccinal en vigueur. (copie du carnet de santé, ou document signé du médecin). Si l'enfant n'est pas vacciné ou n'est pas à jour pour les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS

ALLERGIES ALIMENTAIRES

NON OUI - Si oui, Lesquelles

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES

NON OUI - Si oui, Lesquelles

ALLERGIES AUTRES (Maquillage, crème solaire...)

NON OUI - Si oui, Lesquelles

ASTHME

NON OUI - Si oui, Lesquelles

Indiquer ici les autres difficultés de santé ou PAI en cours

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

Informations utiles des parents : (Précautions à prendre si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, diablo,...)

.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement de manière récurrente ? Si oui, lequel ? (si l'enfant doit prendre un traitement, l'ordonnance doit être jointe aux médicaments avec l'autorisation d'administration)

.....

Médecin traitant (nom prénom téléphone).....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

Adresse.....

Téléphone portable Téléphone travail

Je soussigné,

Responsable l'égal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre toutes mesures médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature

Tout changement devra être signalé à l'équipe de Direction.