

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2011 - 2012

Joindre obligatoirement les copies du carnet de vaccinations

Restauration scolaire : Péri-scolaire : Accueil de loisirs :

<u>1 - ENFANT</u>	
NOM : _____	PRÉNOM : _____
Date de naissance : _____	Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin : <input type="checkbox"/>
Ecole fréquentée : _____	

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

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

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

copies carnet de vaccinations

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	Dates		Dates	Vaccins pratiqués	Dates
1 ^{er} vaccin	/ /	Vaccin	/ /		/ /
Monotest	/ /	1 ^{er} rappel	/ /		/ /

Si l'enfant n'est pas vacciné : Pourquoi ? : _____

INJECTION(S) SERUM	Nature	Dates
		/ /
		/ /

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

ALLERGIES :

ASTHME		ALIMENTAIRES		MÉDICAMENTEUSES		AUTRES (à préciser)	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI		

PRÉCISEZ la CAUSE de l'ALLERGIE et la CONDUITE à TENIR :

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations...)

Difficultés de santé	Dates
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse (pendant le séjour) : _____

Tél : fixe _____ portable : _____ travail : _____

Nom et tél. du médecin traitant (FACULTATIF) : _____

N° de sécurité sociale : _____

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

Date :

Signature :

OBSERVATIONS DIVERSES :
