

Fiche sanitaire de liaison

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon Fille

2B

Photo
A joindre
obligatoirement

Informations médicales

Vaccin obligatoire	Oui	Non	Date des derniers rappels
DT Polio			

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

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.

Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

Scarlatine Otite Rougeole Rubéole
 Oreillons Coqueluche Varicelle Rhumatisme Autres maladies

L'enfant est-il allergique ?

Alimentaires Asthme Médicamenteuses Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Protocole de prise en charge médicalisé : Oui Non

L'enfant suit-il un régime alimentaire médical : Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation). En précisant les dates et les précautions à prendre.

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ? Oui Non

Si oui, laquelle ? _____

Précautions à prendre pour certaines activités physiques et renseignements

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez).

Antécédents particuliers : fracture, entorse, autres (précisez) : _____

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Autorisation annuelle de prise en charge médicalisée et personnes à contacter

Responsable légal à contacter prioritairement :

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____

Tél. professionnel : _____ Autres numéros : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

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

DATE :

SIGNATURE :

Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription et l'emballage d'origine (sauf cas exceptionnel)