

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATE DE  
NAISSANCE \_\_\_\_\_

ÉCOLE \_\_\_\_\_

GARÇON ☐

FILLE ☐

SI P.A.I.  
Cocher la case

SI TITULAIRE AEEH  
Cocher la case

VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- Merci de nous fournir une copie du carnet de santé Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication.  
- Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

Si l'enfant suit un traitement médical, nous vous rappelons qu'il convient de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	oui	non		oui	non
RUBÉOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VARICELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCARLATINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OREILLONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ALLERGIES

	oui	non		oui	non
ASTHME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRES :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTRES :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...)

EN PRECISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DENTAIRES , Etc.. Précisez.

RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

\* ADRESSE : \_\_\_\_\_

\* TEL PORTABLE : \_\_\_\_\_

\* TEL TRAVAIL : \_\_\_\_\_

\* Nom EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

\* Profession : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

Situation de famille :

En Couple ☐

Célibataire ☐

RESPONSABLE 2

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

\* TEL PORTABLE : \_\_\_\_\_

\* TEL TRAVAIL : \_\_\_\_\_

\* Nom EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

\* Profession : \_\_\_\_\_

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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Date :            /            /

Date :            /            /

Date :            /            /

ANNÉE		Signature :
ANNÉE		Signature :
ANNÉE		Signature :