



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

Nom:..... Prénom :

Sexe : Garçon Filles Date de naissance :/...../.....

VACCINATIONS

Merci de fournir la photocopie du carnet de santé ou un certificat attestant la vaccination de votre enfant.

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

L'enfant présente-t-il une allergie ? Oui Non

L'enfant bénéficie t'il d'un traitement pour l'asthme ? Oui Non

Si autre, précisez :

.....
.....

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération chirurgicales) :

..... le / /
..... le / /
..... le / /
..... le / /

RECOMMANDATION DES PARENTS (Champ non obligatoire)

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

Pour tout traitement médical, même ponctuel, merci de joindre systématiquement l'ordonnance.

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :..... Prénom :

Adresse :

.....

Tel. Domicile : / / / / Tel. Travail : / ... / / /

N° de S.S :

AUTRE(S) PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

1°) Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tel : / / / /

2°) Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tel : / / / /

3°) Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tel : / / / /

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le / /

Signature,