

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Tout document contenant des informations médicales doit être joint à la présente fiche **sous enveloppe cachetée** portant le nom du mineur.

1 - ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

2 - VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Les personnels de LE&C Grand Sud ne sont pas habilités à administrer des médicaments. Ils ne peuvent qu'aider à la prise de médicaments, c'est à dire mettre en oeuvre les conditions de prise nécessaires. Seuls les parents ou le médecin de l'enfant peuvent déterminer si l'enfant est capable ou pas de prendre seul ses médicaments. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI NON Si oui, communiquer la prescription médicale au Directeur.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON

MÉDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler et fournir la prescription médicale)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

PRÉCISEZ :

EST-IL PORTEUR DE HANDICAP ? OUI NON

Nous apporter un maximum de précisions sera le gage d'une meilleure prise en compte de votre enfant.

5 - AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

NOM DU RESPONSABLE LÉGAL : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM, ADRESSE ET TÉL DU MÉDECIN A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

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

Date :

Signature :