

FICHE SANITAIRE DE LIAISON INDIVIDUELLE 2018 / 2019

Ces informations sont essentielles pour une bonne prise en charge de votre enfant par les animateurs, merci de remplir ce formulaire recto-verso avec précision.

ENFANT

Nom / Prénom

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Classe à la prochaine rentrée :

Sexe : Fille Garçon

VACCINATIONS

Merci de fournir une photocopie de la page vaccination du carnet de santé en vérifiant que le nom et prénom de l'enfant soient bien indiqués sur la page.

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone du médecin traitant : / / / /

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES :

- Alimentaires : Non Oui :
- Médicamenteuses : Non Oui :
- Asthme : Non Oui
- Autres :

Si l'enfant a des allergies alimentaires, merci de contacter le médecin scolaire au 02 51 24 17 10 afin d'établir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et de le transmettre au service scolaire.

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

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

N° de téléphone des parents :

Mère :

Nom / Prénom

N°Portable : / / / / Domicile : / / / / Travail : / / / /

Père :

Nom / Prénom

N°Portable : / / / / Domicile : / / / / Travail : / / / /

Informations complémentaires sur lesquelles les responsables légaux souhaitent attirer l'attention de la collectivité :

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

ENGAGEMENT

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la collectivité à prendre toutes mesures qui s'imposent en cas d'urgence.

Date : ____ / ____ / _____

Signature :