

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Médecin traitant :

Nom : _____

Lieu : _____

Tel : _____

JOINDRE UNE ATTESTATION DE
CARTE VITALE A JOUR.

1 - ENFANT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

LIEU DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

PORTEUR DE HANDICAP _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement.

2 - VACCINATIONS

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE.

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.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** régulier ? 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**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Si un **PAI** est en cours au sein de l'établissement scolaire, merci de nous **joindre une photocopie** (et nous en faire parvenir une copie à chaque modification, ou début d'année scolaire).

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui non	oui non	oui non	oui non	

Allergies : **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non
AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

RAPPEL : Si un **PAI** est en cours au sein de l'établissement scolaire, merci de nous **joindre une photocopie** (et nous en faire parvenir une copie à chaque modification, ou début d'année scolaire).

Une allergie est diagnostiquée par un spécialiste. Ne pas aimer un aliment, n'est pas une allergie.

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE SANS PORC AUTRE : _____

Indiquez ci-après:

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Observations diverses :

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER (=> fournir l'APN ou le brevet de natation) SE DEBROUILLE NE SAIT PAS NAGER

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone d'urgence :

Responsable Légal 1 :

Portable : _____ Travail : _____ Domicile : _____

Responsable Légal 2 :

Portable : _____ Travail : _____ Domicile : _____

Personnes pouvant vous joindre en cas d'urgence :

Nom et Numéro : _____ Nom et Numéro : _____

5 – AUTORISATIONS

Je soussigné(e), _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Espace Jeunes Dronne et Belle à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgences rendues nécessaires par l'état de l'enfant : **examens, soins, traitement médical, admission en établissement de soin, intervention chirurgicale, anesthésie.**

J'autorise également, si nécessaire, le responsable de l'Espace Jeunes Dronne et Belle à récupérer l'enfant à sa sortie de l'établissement de soin.

Date :

Signature: