

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LES ACTIVITÉS DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

I. ENFANT

NOM : PRÉNOM :
SEXE : M F DATE DE NAISSANCE :

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES VACCINS DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ?

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU :

MALADIES	RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
ALLERGIES	ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

LUNETTES : OUI NON LENTILLES : OUI NON PROTHÈSES : OUI NON

- ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

SI OUI, LEQUEL ?

- S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? OUI NON

- PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES (pas de porc, sans sel...) :

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

Numéros de Téléphone Domicile – Travail – Portable

D :/...../...../...../...../ - T :/...../...../...../...../ - P :/...../...../...../...../

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE ET ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

.....

Je soussigné, M. - Mme responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du **C.A.J** agrément **A.C.M n°033ORG0416** à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE

Signature