

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations médicales utiles pour le bon accueil de votre enfant au sein de la structure.

Une fiche par enfant

### 1 – RENSEIGNEMENTS

Nom, Prénoms de l'enfant : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Représentant(s) légal de l'enfant :

**Nom et Prénom du responsable 1 :** .....

Adresse mail : .....@.....

N°de téléphone : ...../...../...../...../.....

Adresse professionnelle : .....

N°de téléphone professionnel : ...../...../...../...../.....

**Nom et Prénom du responsable 2 :** .....

Adresse mail : .....@.....

N°de téléphone : ...../...../...../...../.....

Adresse professionnelle : .....

N°de téléphone professionnel : ...../...../...../.....

N°de sécurité sociale (auquel est rattaché l'enfant) : .../..../..../..../..../.... - .....

Personne à contacter en cas d'urgence (si les parents ne sont pas joignables) :

M./ Mme : ..... N°de téléphone : ...../...../...../...../.....

Statut par rapport à l'enfant : .....

### 2 – MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin qui suit l'enfant : .....

Adresse : .....

N°de téléphone du cabinet : ...../...../...../...../.....

### 3 – VACCINATIONS

**Fournir OBLIGATOIREEMENT une photocopie du carnet de vaccination de l'enfant.**

### 4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### 5 – RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes ? oui  non

A-t-il d'autres soucis de santé que vous souhaitez nous préciser ?

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

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aigu		Scarlatine	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons		Autres	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		

L'enfant a-t-il des allergies ?

Médicamenteuses		Alimentaires		Asthme		Autres ?	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	.....	

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

***En cas de changements au niveau de la santé de l'enfant, de nouvelles vaccinations, je m'engage à en informer la structure et à fournir les documents nécessaires.***

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

Fait à : .....

Signature :

Le : ..... / ..... / .....

**Renouvellement de la fiche sanitaire.**

<b>« Je soussigné(e) .....</b> <b>Atteste que les informations ci-dessus sont exactes et n'ont pas changés. »</b>		
Année 2027	Date :	Signature :
Année 2028	Date :	Signature :
Année 2029	Date :	Signature :
Année 2030	Date :	Signature :
Année 2031	Date :	Signature :