

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS MEDICALES UTILES
POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE.

1 – RENSEIGNEMENTS

NOM ET PRÉNOM DE l'enfant :

ADRESSE POSTALE :

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 OBLIGATOIUREMENT 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.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oui Non			
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Autres
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

L'enfant a-t-il des allergies ?

Médicamenteuses ?	Alimentaires ?	Asthme ?	Autres ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

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

[Empty text area for specifying the cause of the allergy and the course of action.]

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

[Empty text area for indicating health difficulties, specifying dates and precautions taken.]

5 – RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes ? ...ou a-t-il d'autres soucis de santé ?

[Empty text area for answering questions about the child's health issues.]

Je soussigné(e) [Empty box for signature] 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.

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.

Date : [Empty box]	Signature : [Empty box]
--------------------	-------------------------

Renouvellement de la fiche sanitaire.

« Je soussigné(e) atteste que les informations ci-dessus sont exactes et n'ont pas changé. »

Année 2024	Date :	Signature :
Année 2025	Date :	Signature :
Année 2026	Date :	Signature :
Année 2027	Date :	Signature :
Année 2028	Date :	Signature :