



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017-2018

MAIRIE d'AZE

1- LE JEUNE

Nom :Prénom :

Date de Naissance :

Garçon :

Fille :

2- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :Prénom :

Adresse :

Tél :Portable :

Tél prof Père :Tél prof Mère :

3- MEDECIN TRAITANT

Nom et adresse du médecin traitant :

.....

4- VACCINATIONS

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical du médecin traitant.

5- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONERNANT L'ENFANT

L'enfant suit il un traitement médical régulier ? OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUITE :

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

RUBEOLE	OUI	NON
VARICELLE	OUI	NON
ANGINE	OUI	NON
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI	NON
SCARLATINE	OUI	NON
COQUELUCHE	OUI	NON
OTITE	OUI	NON
ROUGEOLE	OUI	NON
OREILLONS	OUI	NON

ALLERGIES :

Asthme : Oui / Non

Médicamenteuses : Oui / Non

Alimentaires : Oui / Non

Autres :

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

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

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

6- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, autres) précisez :

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

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs ou des accueils périscolaires à prendre, le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :