

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021



ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom du représentant légal :

Adresse postale :

Adresse électronique :@.....

Tel. Domicile :/...../.....

Tel. Travail parent 1 :/...../.....

Tel. Travail parent 2 :/...../.....

Tel. Portable parent 1 :/...../.....

Tel. Portable parent 2 :/...../.....

Nom de l'entreprise de travail parent 1 :

Nom de l'entreprise de travail parent 2

.....

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, l'équipe d'animation peut contacter :

M./ Mme :

Tel. :/...../.....

2 – MEDECIN

Nom du médecin qui suit l'enfant : Téléphone :

4 – VACCINATIONS

Fournir OBLIGATOIREMENT une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé de l'enfant.

5 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

ALLERGIES : ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

6 – RECOMMANDATIONS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES... OU A-T-IL D'AUTRES SOUCIS DE SANTE :

.....

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

Date :

Signature :