

FICHE SANITAIRE DE LIAISON saison 2015-2016

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour ou l'activité de l'enfant

I. ENFANT : NOM : PRENOM
 SEXE : Garçon Fille DATE DE NAISSANCE :

II. VACCINATIONS : Remplir à partir du carnet de santé

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Pentavac-tetravac		ROR	
Prevenar		Priorix	
Revaxis-infarix		Meningitec	
DT polio		Engerix	
Tetracoq		Hepatite	
BCG			

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu :

Rubéole Varicelle Angine Scarlatine

Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

Suit-il un traitement OUI / NON Lequel :
 (Si besoin joindre l'ordonnance)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Médecin traitant : n° téléphone

Choix de l'hospitalisation : Hôpital Clinique

Problèmes particuliers et difficultés de santé :

VI. REGIME ALIMENTAIRE

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique

OUI / NON Lequel :

L'enfant a-t-il des allergies alimentaires

OUI / NON Lesquelles :

V. AUTRES RENSEIGNEMENTS:

Certificat médical pour la pratique sportive date :

Est-il sensible aux transports OUI / NON

Droit à l'image : à remplir au dos

VII. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

En cas de besoin numéro de téléphone prioritaire :

N° de téléphone Domicile :

Bureau Mère : Portable Mère

Bureau Père : Portable Père

Adresse MAIL

N° de sécurité sociale Centre de

N° Allocataire CAF

Autres personnes pouvant venir le chercher à la fin de la journée :

..... Téléphone.....

..... Téléphone.....

..... Téléphone.....

VIII. Autorisation Parentale déplacement école-domicile :

Je soussigné, responsable de l'enfant, autorise mon enfant :

nom/prénom enfant(s) :

à partir seul de l'école à 16h30 après l'activité TAP'S.

Signature :

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

Date

Signature :