

Fiche sanitaire de liaison

L'enfant

Nom :
Prénom :
École fréquentée :
Classe :

Date de naissance : __/__/____
Lieu de naissance :
Sexe : Garçon
Fille

La famille

	Mère	Père	Représentant légal
Nom :/...../...../...../...../...../.....
Nom de jeune fille :		
Prénom :/...../...../...../...../...../.....
☰ :		
C.P. - Ville :		
☎ Domicile :	__/__/__/___	__/__/__/___	__/__/__/___
📱 Portable :	__/__/__/___	__/__/__/___	__/__/__/___
☎ Professionnel :	__/__/__/___	__/__/__/___	__/__/__/___
Courriel :@.....@.....@.....

Frère(s)/sœur(s) :	Nom	Prénom	Date de naissance
	__/__/___
	__/__/___
	__/__/___

N° sécurité sociale : __/__/__/___/___ Bénéficiaire : Mère - Père

Assurance responsabilité extrascolaire (N° de police :)

Nom : ☎ : __/__/__/___

☰- C.P.-Ville :

Médecin de famille

Nom : ☎ : __/__/__/___

☰- C.P.-Ville :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
☎ : __/__/__/___

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
☎ : __/__/__/___

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
☎ : __/__/__/___

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
☎ : __/__/__/___

Vaccination (joindre les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre indication
ATTENTION ! Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre(s) (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Rubéole		Varicelle		Rhumatisme articulaire aigu		Scarlatine	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les accueils ? 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

Médicamenteuses : OUI - NON

Alimentaires : OUI - NON

Si OUI, préciser :

Régime(s) :

.....

Recommandations utiles des parents (*maladies, hospitalisations, crise diverses, opérations, lunettes...*)

.....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant,

* déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

* autorise l'agent en charge de la garderie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

* autorise mon enfant à être photographié dans le cadre des activités de garderie.

Fait le / /

A

Signature des parents ou du représentant légal (Lu et approuvé)