



CONFIDENTIEL

!!! À RETOURNER en MAIRIE AU PLUS TARD LE 19 juin 2020 !!!

ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE **1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Pas de photocopie.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, INDICER

POURQUOI ?

.....

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANTL'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à la garderie ? 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 administré sans ordonnance.

A titre indicatif, L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME
ALIMENTAIRESoui non
oui non MEDICAMENTEUSES
AUTRESoui non

.....

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

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)oui non en cours

(Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

RÉGIME SANS PORC : oui non

ASSURANCE : Nom de la compagnie N° police

N° d'allocataire CAF : Autorisation pour connexion au site CAFPRO : oui non

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non DES LUNETTES* : oui non

DES PROTHÈSES AUDITIVES* : oui non DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE* : oui non

*au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à être photographié (usage privé) oui non

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non
(Dans le cadre d'une sortie organisée par l'ALSH)

J'autorise mon enfant à rentrer seul de l'école : oui non

J'indique son heure de sortie :

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE ET PORTABLE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signatures des DEUX parents: