

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON

FILLE

2 - VACCINATIONS

Fournir une photocopie du carnet de santé avec le nom et le prénom de l'enfant inscrit sur les feuilles de vaccinations ou un certificat médical indiquant que l'enfant est à jour des vaccins obligatoires.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES

ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

PAI oui non Si oui précisez :

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler), **si PAI fournir l'ensemble du protocole et l'ordonnance**

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
PRECISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
.....
.....
TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT

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

Date : Signature

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

MAIRIE DE POUSSAN
26 RUE DE LA SALLE PÔLE ENFANCE JEUNESSE
34560 POUSSAN
Tél. : 04.67.18.24.85 Fax : Email : guichet.unique@ville-poussan.fr

OBSERVATIONS

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