



# Fiche Sanitaire de Liaison

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :      Fille  Garçon



Cette fiche permet de recueillir des informations sanitaires utiles pour l'accueil de votre enfant. Cette fiche est à remettre au directeur du centre Prémonval.

## 1-VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et aux certificats de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | 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 joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

## 2-RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?      OUI  NON

Si OUI joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants avec leurs emballages d'origine et leurs notices.

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <b>Rubéole</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/>    | <b>Varicelle</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> | <b>Angine</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/>      | <b>Rhumatisme</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/>  | <b>Scarlatine</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> |
| <b>Coqueluche</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> | <b>Otite</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/>     | <b>Rougeole</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/>    | <b>Oreillons</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/>   |   |
| <u><b>ALLERGIES</b></u>   | <b>Asthme</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/>    | <b>Alimentaire</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> | <b>Médicaments</b><br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> | <b>Autres :</b><br>.....<br>.....<br>.....  |

✓ PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....  
.....

✓ INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, OPERATIONS) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS A PRENDRE :

.....  
.....

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ... Précisez toutes informations utiles :.....

.....  
.....

## RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

.....

ADRESSE :

.....  
.....

Tel : ..... Portable : .....

Bureau : ..... Email : .....

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

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

DATE :

SIGNATURE OBLIGATOIRE :