

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. L'ENFANT

NOM : Genre Garçon
 Fille
 PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE : Classe :

2. RÉGIME ALIMENTAIRE

Mon enfant suit un régime alimentaire particulier : NON OUI (Précisez)

3. ALLERGIES

ALIMENTAIRES : non oui si oui préciser :

ASTHMES : non oui

MÉDICAMENTEUSE non oui si oui préciser :

AUTRES :

Conduite à tenir en cas d'allergie :

Un Projet d'Accueil Individualisé) a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ? oui non

Si oui fournir impérativement une copie ainsi que le protocole et le kit d'intervention au nom de l'enfant (dans un boîtier fermé).
Sans ses éléments en notre possession, votre enfant ne sera pas accepté sur notre structure

4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, Opération...) ou souhaitez-vous nous faire part d'un élément le concernant :

Non Oui Si oui merci de préciser

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles prothèses auditives, dentaires... précisez :

Votre enfant est-il porteur d'un handicap, si oui précisez la conduite à tenir :

5. VACCINATION

Vaccins Obligatoires	oui	non	Date du dernier Rappel	Vaccins Recommandés	Dates
Diphétérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	ROR	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
Ou Tétracoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Autres (Précisez)	<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

En cas d'urgence :

NOM :

TEL 1 :

NOM :

TEL 2 :

Je soussigné(e)

Responsable légale de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre le cas échéant, toutes les mesures 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 : SIGNATURE :



