

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020 / 2021



ENFANT :

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Classe fréquentée à la rentrée :

REPRESENTANT LEGAL :

Nom : Prénom :
Adresse :
Tél. : Portable :
N° Sécurité Social :
Nom du médecin traitant :
Tél. du médecin traitant :

VACCINATIONS : Renseignements obligatoires, donner les dates complètes.

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diptérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Autres	
Ou DT Polio		BCG	
Ou Tétracoq			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ALLERGIES ALIMENTAIRES :

L'enfant présente t'il une allergie alimentaire ?

OUI NON

Si NON, je m'engage à avertir les responsables de l'accueil périscolaire au cas où une allergie se déclarait en cours d'année.

Si OUI, l'enfant doit obligatoirement fournir un certificat médical d'un médecin allergologue. Une rencontre avec les parents sera également organisée pour la validation de l'inscription.



TRAITEMENT MEDICAL :

L'enfant est-il sous traitement médical ?

OUI **NON**

**Si OUI, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (emballage d'origine avec notice marqué au nom de l'enfant).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Numéros de téléphone

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

A....., le

Signature :

