



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE : GARÇON FILLE

2 – VACCINATIONS

Photocopie du carnet de santé à fournir
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de fournir un certificat médical de contre-indication

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

J'autorise le personnel de l'accueil à **maquiller** mon enfant : oui / non

ALLERGIES :

MÉDICAMENTEUSES : oui / non
ALIMENTAIRES : oui / non
ASTHME : oui / non
AUTRES, précisez :

.....

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*). Transmettre les médicaments à l'adulte et ne surtout pas les laisser à l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
Prévenir le personnel de l'accueil en cas de mise en place de PAI.

Régime alimentaire pour raisons médicales, religieuses, culturelles ou autre : oui / non

Précisez :

Votre enfant est il en **situation de handicap** : oui/non Reconnaissance **MDPH** : oui /non (Justificatif à fournir)

Précisez :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....
PRÉNOM.....
ADRESSE.....

TÉL. FIXEPORTABLE

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

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

Date :

Signature :