

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

GARÇON

FILLE

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JUSTIFIER LA CONTRE-INDICATION.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<p>RUBEOLE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>VARICELLE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>ANGINE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>SCARLATINE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
---	---	--	---	--

<p>COQUELUCHE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>OTITE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>ROUGEOLE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>OREILLONS</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
--	---	--	---

ALLERGIES :

Asthme oui non

Médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Précisez.

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

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Adresse.....

Téléphone fixe-.....-.....-.....-.....

Téléphone professionnel-.....-.....-.....-.....

Téléphone portable-.....-.....-.....-.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

.....
.....

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

Fait à

Signature :

Le