



MAIRIE DE LA ROQUEBRUSSANNE

Service Enfance et Loisirs

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Fille Garçon

Année : -

2. VACCINATIONS (joindre une copie des vaccins).

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 ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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 ? oui non des lunettes ? oui non

des prothèses auditives ? oui non

des prothèses ou appareils dentaires ? oui non

autres ? oui non (précisez :) .

Autres recommandations :

.....

.....

.....

.....

5. AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

6. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

Adresse

.....

Téléphone : Domicile : Travail :

Portable :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif).....

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

Fait à :, Le

Signature du responsable légal de l'enfant