

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche est obligatoire, elle permet de recueillir des informations utiles pour la connaissance de votre enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccinations obligatoires & recommandés	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie/Tétanos/Polio				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Hépatite B				Coqueluche	
BCG				Test tuberculiques	
Autres (préciser)				Autres (préciser)	

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

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec notice dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant). 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"/>	<input type="checkbox"/>	Angine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Allergies : Asthme Médicamenteuses
Alimentaires Autres _____

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

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

Recommandations utiles des parents

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

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et cette fiche sanitaire de liaison, et autorise le responsable de l'activité à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésies, intervention chirurgicale rendues nécessaires par l'état de l'enfant).

Gières, le _____
Signature obligatoire

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données personnelles, dans les conditions prévues par la loi. Nous contacter pour exercer votre droit.