



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Vaccinations : Antipoliomyélique-Antidiphthérique-Antitétanique-Anticoquelucheuse-Antituberculeuse-Antivariolique.

Date du dernier rappel :

DT polio :

Dtcoq :

Tétracoq :

Prise de polio :

BCG :

Variole :

Autres :

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? :

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

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

Rubéole :

Oreillons :

Varicelle :

Coqueluche :

Scarlatine :

Asthme :

Otites :

Angines :

Rougeole :

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(Maladie, accidents, allergies alimentaires ou autre, hospitalisations, opérations...)

.....

.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? oui non

Si oui lequel ?.....

S'il doit le prendre au repas du midi, ne pas oublier de joindre l'ordonnance des médicaments.

L'enfant doit-il porter ses lunettes pendant les récréations : oui non

Santé

Médecin traitant :

- Nom :
- Adresse :
- Téléphone :

En cas de problème nécessitant une hospitalisation, je souhaiterais que mon enfant soit dirigé vers :

- l'hôpital pour enfant au Havre : oui non
- la clinique : oui non

Allergie alimentaire : oui non (allergie entraînant un régime particulier)

Si oui à quoi :

JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL

Assurances :

- Je soussigné, certifie que mon enfant est bien assuré en « responsabilité civile » et « responsabilité individuelle accidents » par la compagnie ou mutuelle pour le scolaire et le périscolaire :
- N° de police :

- Ou assurance scolaire :
- N° de police :

- Ou je ne suis pas assuré et j'en prends l'entière responsabilité

Recommandations des parents :

.....
.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Maire à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :