

Fiche sanitaire de liaison 2019 / 2020

CERFA N° 85-0233

ALSH
91540 MENNECY

1) ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Ecole : _____

Date de naissance : ___/___/___ Garçon Fille

Adresse : _____

Mail : _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles, elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle doit impérativement être remplie par le responsable légal de l'enfant.

2) VACCINATION

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Vaccins obligatoires	Dates	Autres vaccins	Dates 1 ^{er} vaccin	Dates de Revaccination
DT polio		Antituberculeuse (BCG)		
DT coq		Antivariolique		
Tétra coq		Autres vaccins		
Prise polio RAPPEL				

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

Injections de sérum	Nature	Dates

3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

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

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement (PAI), merci de joindre l'ordonnance aux médicaments.

ALLERGIES :

Alimentaires Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Autres (animaux, plantes, pollen) Oui Non

Poids :

Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

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

Merci de le préciser.

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

4) RECOMMANDATIONS DES PARENTS

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

5) RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

N° de Sécurité Sociale Tél fixe (Domicile).....

Tél portable..... Tél bureau

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

Date :

Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

OBSERVATIONS :

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

Cachet de l'organisme

