



Commercy Void Vaucouleurs  
Communauté de Communes

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020 - 2021

### 1. ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

Cette fiche est un document obligatoire pour l'accueil de votre enfant sur les différents dispositifs (périscolaire et extrascolaire) et vous sera demandée à chaque inscription.

### 2. VACCINATIONS (joindre photocopies des vaccins)

| VACCINS                                       | DATES DU DERNIER RAPPEL | VACCINS        | DATES DU DERNIER RAPPEL |
|---|-------------------------|----------------|-------------------------|
| Diphtérie Tétanos Poliomyélite<br>Coqueluche* |                         | R.O.R.*        |                         |
| BCG   |                         | Pneumocoque*   |                         |
| HÉPATITE B*                                   |                         | Autres : _____ |                         |

\* Vaccins obligatoires

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

### 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

| L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES   |   |   | ALLERGIES   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> RUBÉOLE<br><input type="checkbox"/> VARICELLE<br><input type="checkbox"/> ANGINE | <input type="checkbox"/> RHUMATISME<br><input type="checkbox"/> SCARLATINE<br><input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> OTITE<br><input type="checkbox"/> ROUGEOLE<br><input type="checkbox"/> OREILLONS | <input type="checkbox"/> ASTHME<br><input type="checkbox"/> ALIMENTAIRE<br><input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSE<br><input type="checkbox"/> AUTRES : _____ |

l'enfant suit un **traitement médical**.

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 administré sans ordonnance.**

**Allergies** : Précisez la cause de l'allergie et la **conduite à tenir**

---

---

---

---

---

**Indiquez ci-après les difficultés de santé :** Indiquez les difficultés de santé de l'enfant. (maladie, accident, crises convulsives, opération, etc.) en indiquant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

---

**4. Propreté de l'enfant** (pour les enfants de moins de 6 ans) :

**Mon enfant : est propre**  Oui  Non **porte des couches**  Oui  Non

Observations :

---

---

---

**5. Recommandations utiles.** L'enfant porte-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.

---

---

---

---

---

**6. Responsable de l'enfant**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉL FIXE : \_\_\_\_\_ TÉL PORTABLE : \_\_\_\_\_ TÉL PRO : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Date :

Signature du responsable :