



Commercy Void Vaucouleurs
Communauté de Communes

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021 - 2022

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 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 <input type="checkbox"/> VARICELLE <input type="checkbox"/> ANGINE	<input type="checkbox"/> RHUMATISME <input type="checkbox"/> SCARLATINE <input type="checkbox"/> COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OTITE <input type="checkbox"/> ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OREILLONS	<input type="checkbox"/> ASTHME <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSE <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 :