

Fiche sanitaire de liaison

Enfant

Nom et Prénom:.....

Maternelle Elémentaire

Coordonnées des parents ou représentants légaux

Nom et Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél du domicile :

Tél portable personnel :

Tél professionnel :

Nom et Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél du domicile :

Tél portable personnel :

Tél professionnel :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence (obligatoire)

01- Nom et Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél du domicile :

Tél portable personnel :

Tél professionnel :

2 - Nom et Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél du domicile :

Tél portable personnel :

Tél professionnel :

≥ Nom/prénom du médecin traitant :

Téléphone :

Renseignements médicaux

Joindre obligatoirement une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

Port de : lentilles lunettes
 prothèses auditives
 prothèses dentaires
 autres, à préciser.....

Santé de l'enfant

Votre enfant présente un problème de santé :

Allergie(s) ou intolérance(s) alimentaire(s)
médicament justifiée(s)
à préciser.....

Asthme

Autre problème de santé
à préciser.....

Votre enfant présente une allergie médicamenteuse
à préciser.....

Votre enfant suit un traitement médicamenteux
à préciser.....

Si vous souhaitez mettre un PAI en place merci de prendre contact avec le responsable de la structure.

Renouvellement de PAI (à renouveler chaque année)

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Otite
Rhumatisme Articulaires Aigue Scarlatine Rougeole
Oreillons

Autre :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	Autres VACCINS (obligatoire pour les enfants nés à partir de janvier 2018)	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Pneumocoque	
		Méningocoque C	
		Coqueluche	
		Haemophilus	
		Autres (préciser)	

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

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION, ...) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....

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

Je m'engage à informer L'AGES de toute modification relative à mes coordonnées ou à l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

A, le / /

Signature