


**FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**  
**ANNEE SCOLAIRE 2020/2021**  
**ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS**

 **L'Enfant**

NOM et Prénom.....

Date et lieu de naissance.....

N° de sécurité sociale de l'enfant : .....

 **Les vaccinations** (joindre obligatoirement une photocopie des pages vaccination du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracoq				BCG	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

 **Les renseignements complémentaires**

Asthme	Alimentaires	Médicamenteuses	Autres (animaux, plantes, pollen...)
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre ?       oui  non

Si oui, précisez le problème et la conduite à tenir :

.....  
.....

Votre enfant porte-t-il ?

<b>Lunettes</b>	<b>Lentilles</b>	<b>Prothèses auditives</b>	<b>Prothèses dentaires</b>
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Médecin traitant : .....n° de téléphone.....

## **Le déclarant**

Je soussigné ....., responsable légal, déclare les renseignements exacts portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à Bierne, le .....

Signature du déclarant :