



1 Fiche par enfant

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :

Nom: Prénom:
 Né(e) le : à

Personnes à prévenir en cas d'urgence:

Nom:.....Prénom:.....Lien avec l'enfant :.....
 Adresse:.....
 Code postal:.....Commune:.....
 N° téléphone:.....Portable:.....

Nom:.....Prénom:..... Lien avec l'enfant :.....
 Adresse (si différente).....
 Code postal:.....Commune:.....
 N° téléphone:.....Portable:.....

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident:

Nom et prénom :
 adresse :
 Téléphone :

Vaccination: (se référer au carnet de santé)

Remarque : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)

VACCINS (obligatoires et facultatifs)	OUI	NON	Date des derniers rappels
DIPHTERIE			
TETANOS			
POLIOMYELITE			
Ou DT POLIO			
Ou TETRACOQ			
B C G			
HEPATITE B			
R O R			
COQUELUCHE			
Autre :			

Renseignements médicaux concernant l'enfant:

Allergies : OUI (Précisez)

Asthme : OUI : Précisez

Recommandations et autre difficulté de santé : OUI (Précisez)

L'enfant a-t-il des antécédents médicaux : OUI (Précisez)

Protocole d'Accueil individualisé (PAI): OUI
(fournir une copie du PAI, et la trousse médicale à l'école)

L'enfant suit un traitement médical à l'année : OUI (Précisez)

Précautions à prendre : (Précisez)

Régime:

Numéro CAF:

Numéro sécurité sociale ou MSA:

Assurance:

Société:

Numéro de contrat:

Autorisation d'hospitalisation:

Je soussigné(e), Nom et prénom du parent :
responsable légal de l'enfant :

DECLARE exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant toutes les mesures (soins médicaux, centre de secours, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Fréterive, le

Signature :