



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

202... - 202...



Patronage Notre Dame de l'Espérance

(Maison Jean Paul II, 1 place Mendès France - 78990 Élancourt)

ENFANT

Nom :

Prénom :

Sexe : FILLE GARÇON

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Adresse :

.....

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Préciser le numéro de téléphone des personnes pendant les activités

Nom :

Tél. Portable :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

Nom :

Tél. Portable :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)? OUI NON

Si oui, joindre le protocoles et toutes les informations utiles

L'enfant porte-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, dentaires ect... ? OUI NON

Préciser :

VACCINATIONS

Merci de joindre une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations copie, du carnet de vaccination ou attestation du médecin. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médicale de contre-indication.

ALLERGIES

Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Alimentaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

HISTORIQUE MÉDICAL SIGNIFICATIF

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Rhumatisme articulaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Angine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

L'enfant a-t-il (eu) des problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...) ? Merci de préciser pour chaque problème les date(s) et précaution(s) à prendre.

TRAITEMENT MÉDICAL ET CONDUITE À TENIR

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? OUI NON

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments, dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

Cause et conduite à tenir concernant les allergies de l'enfant :

Je, soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise en outre le responsable de l'accueil ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Le

Signature des responsables légaux :

A remplir par le directeur (à l'attention de la famille)