



# ALSH Cebenna

## Fiche sanitaire de liaison

(1 par enfant)

### 1 - L'enfant

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Fille  Garçon

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### 2 - Vaccinations

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Date du rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole , oreillons, Rougeolle	
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication				BCG	
				Pneumocoque	
				Autres	

### 3 - Renseignements médicaux

#### Coordonnées du médecin traitant

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Traitement médical ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (plaquettes de médicaments dans leurs boîtes d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice.)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans autorisation écrite des parents.

Régime particulier :  Sans porc  Végétarien

### Allergies

Asthme

Médicamenteuse  Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Alimentaire  Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Pour les allergies, précisez la cause et la conduite à tenir (si auto-médication, le signaler) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Difficultés de santé** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre si nécessaire :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4 - Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires. Précisez :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date

Signature