



Ville d'Avranches
Service Jeunesse-Education

Coller une
photographie
d'identité de
l'enfant

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – Année 2017-2018

I. **ENFANT** NOM : _____ Prénom : _____
SEXE : GARCON FILLE Date de naissance : ____/____/____

II. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS PRATIQUES	DATES
DIPHTERIE		HEPATITE B	
TETANOS		RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
POLIOMYELITE		COQUELUCHE	
OU DT POLIO		AUTRES (préciser)	
OU TETRACOQ			
BCG			

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? OUI NON

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

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGÜS		SCARLATINE	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

COQUELUCHE		OTITES		ROUGEOLE		OREILLONS					
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI				

Groupe sanguin : Rhésus :

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON
MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON
AUTRES.....

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations) EN PRECISANT LES DATES et LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....
.....
.....

IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC ... :

.....
.....
.....

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant le séjour) :.....
.....

TELEPHONE FIXE DOMICILE : BUREAU :

PORTABLE :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

Je soussigné, _____ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage, le cas échéant, à signaler par écrit au directeur du centre de loisirs toute modification devant être apportée à la présente fiche sanitaire de liaison en cours d'année scolaire.

DATE : _____ Signature : _____