

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017/2018

Cette fiche est à remplir obligatoirement par le(s) responsable(s) légal (aux) de l'enfant, en cas d'hospitalisation, elle accompagnera l'enfant

CENTRE PERISCOLAIRE : Tel : 03.88.38.07.11
MAIRIE DE MUTZIG : Tel 03.88.38.31.98

SERVICE UTILISE :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT (une fiche par enfant)

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / / à

Sexe M F

Ecole :

Classe :

Assurance Responsabilité Civile de l'enfant : N° contrat :
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

oui non

L'enfant est-il allergique ?

Asthme oui non

Alimentaire oui non

Médicamenteuse ? oui non

Autre

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

Indiquez ci- après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

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

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez

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

.....

Médecin traitant :

.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

.....

...

Observations particulières (traitement médical, régime, allergies, lunettes, appareils dentaires, autres ...)

.....

.....

.....

.....

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

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Nom/Prénom (Père / Mère / tuteur)

.....

Adresse du domicile

.....

Téléphone personnel en cas d'urgence (fixe et/ou portable)

.....

E-mail

.....

.....

Numéros de téléphone professionnels

.....

