Inscriptions périscolaires 2023-2024

Fiche sanitaire de liaison

ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ……. /……. / ……. Garçon ☐ Fille ☐

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom / Prénom : ..... Lien parenté : .....

☎ : .....

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DTP		BCG	
Ou Tétracoq		Autre :	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

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

- L'enfant a-t-il des saignements de nez difficiles à stopper ? ☐ OUI ☐ NON
- L'enfant a-t-il des bleus après avoir reçu un coup minime ? ☐ OUI ☐ NON
- L'enfant a-t-il des allergies ? ☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐Médicamenteuse ☐ Autre

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) :
.....
.....
.....
.....

PRECISEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES :

☐ lunettes ☐ lentilles ☐ prothèses auditives ☐ prothèses dentaires ☐ autre

VOTRE ENFANT A-T-IL D'AUTRES PROBLEMES : PRECISEZ LES CONDUITES A TENIR :
.....
.....
.....
.....

MÉDECIN TRAITANT :

Nom : ..... Commune : .....

☎ : .....

Date : …… Signature du représentant légal :