

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :.....
NOM :.....
PRENOM :.....
DATE DE NAISSANCE :.....
Garçon Fille

Renseignements médicaux 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

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?
(entourer la maladie déjà contractée)

RUBEOLE		SCARLATINE	
VARICELLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	COQUELUCHE	ROUGEOLE
ANGINE		OTITE	OREILLONS

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES:

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

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

INDIQUEZ 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 LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES DENTAIRES, AUDITIVES, ETC PRECISEZ

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM: PRENOM :

ADRESSE :

.....

TEL. FIXE: TEL PORT. :

TEL BUREAU :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

JE SOUSSIGNE, responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du CLSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:.....

Signature: