

# 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: