

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 - ENFANT</b> NOM : ..... PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

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

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

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

**2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant est-il amené à recevoir un traitement médical durant l'accueil (exemple : PAI) ? 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 ?**

<b>RUBEOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÚ</b>	<b>SCARLATINE</b>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES** ASTHME      oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES .....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).....

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

Date :

Signature

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

ALSH LAFEUILLADE ROANNES  
15 PARC ACTIVITE PAYS DE MONTSALVY  
15130 LAFEUILLADE EN VEZIE

Tél. : 04.71.49.33.30 Fax : Email : [alsh.lafeuillade@chataigneraie15.fr](mailto:alsh.lafeuillade@chataigneraie15.fr)

**OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....