Centre Social du Pays d'Arnay

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE EST VALABLE 1 AN ET POURRA ÊTRE CONSULTÉE UNIQUEMENT PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

1 - ENFANT

NOM : ……..……....PRENOM : ……

DATE DE NAISSANCE : ☐☐☐☐☐☐☐☐ GARÇON ☐ FILLE ☐

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (auquel est rattaché l'enfant)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

2 - VACCINATIONS

Joindre une photocopie des pages correspondantes du carnet de santé ou du carnet de vaccinations.

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.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement vous devez en informer l'équipe d'animation.
Dans ce cas 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 EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES

	OUI	NON	PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)
MÉDICAMENTEUSES			……
Autre…… ……..			…… …… …… ……..

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

DIFFICULTÉS DE SANTÉ	DATES	PRÉCAUTION À PRENDRE
MALADIES		
ACCIDENTS		
CRISES CONVULSIVES		
HOSPITALISATIONS		
OPÉRATIONS		
RÉÉDUCATIONS		

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

Je soussigné (e) ,

……. responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature :