

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

2 –RENSEIGNEMENT DU RESPONSABLE LEGAL.**NOM DU PERE :**

PRENOMS :

PROFESSION :

ADRESSE :

.....

N°DOMICILE :/...../...../...../.....

N° PORTABLE :/...../...../...../.....

N° TRAVAIL :/...../...../...../.....

NOM DE LA MERE :

PRENOMS :

PROFESSION :

ADRESSE :

.....

N°DOMICILE :/...../...../...../.....

N° PORTABLE :/...../...../...../.....

N° TRAVAIL :/...../...../...../.....

3 –PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT.

NOM, PRENOM	COORDONNEES TELEPHONIQUES	LIEN DE PARENTE
	N° PORTABLE :/...../...../...../..... N°DOMICILE :/...../...../...../.....	
	N° PORTABLE :/...../...../...../..... N°DOMICILE :/...../...../...../.....	
	N° PORTABLE :/...../...../...../..... N°DOMICILE :/...../...../...../.....	
	N° PORTABLE :/...../...../...../..... N°DOMICILE :/...../...../...../.....	
	N° PORTABLE :/...../...../...../..... N°DOMICILE :/...../...../...../.....	

4 – COORDONNEES MEDECINS TRAITANT

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

ADRESSE

N° TELEPHONE

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

6 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME : OUI NON MÉDICAMENTEUSES : OUI NON
 ALIMENTAIRES : OUI NON AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

7 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

.....

8 - AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

AU COURS D'ACTIVITE SUR LES TEMPS D'ALAE, Votre enfant peut être amené à être photographié ou filmé pour réaliser des reportages photos ou des petits films destinés à montrer les projets de l'ALAE soit aux autres classes, soit aux parents (lors de portes ouvertes, réunions, fête de l'école). Souhaitez-vous que votre enfant apparaisse sur ces photos ou ces films ?

OUI NON

SITE INTERNET DE L'ASSOCIATION ANIM'MALICE (Qui sera créé prochainement) : Nous pouvons être amenés à montrer nos projets sur le site internet de l'ALAE.

Accepter-vous que votre enfant apparaisse en photo ou en vidéo lors d'activités éducatives ? OUI NON

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

Date :

Signature :