



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## MAIRIE

Année 2023 - 2024

**1. ENFANT :**

NOM de l'enfant : ..... Prénom : ..... Garçon  Fille

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° allocataire CAF : ..... Quotient Familial : .....

Régime alimentaire particulier : Oui  lequel : ..... Non

**2. RESPONSABLES DE L'ENFANT :**

Qui exerce l'autorité parentale ? **PÈRE :**  **MÈRE :**

NOM et prénom : .....  
 Adresse (si différente) : .....  
 Code postal, Ville : .....

Téléphone : .....  
 Portable : .....  
 Courriels : (Indispensables) .....  
 Employeur : .....  
 Tel. Professionnel : .....

**AUTRES PERSONNES à joindre en cas d'urgence, ou gardienne (préciser le lien de parenté) :**

- ..... Téléphone : .....

- ..... Téléphone : .....

- ..... Téléphone : .....

- Assurance : ..... N° d'assuré .....

- N° sécurité sociale : .....

- Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

**3. AUTORISATIONS :**• **D'ADMINISTRATION ET D'APPLICATION DE : (en cas de nécessité)**

Crème solaire	Lotion désinfectante	Crème contre les ecchymoses	Granules d'arnica	Gel hydroalcoolique
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

1/2

- Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables,
  - A faire soigner mon enfant
  - A faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous premiers soins nécessités par son état
  - A faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions des médecins

#### 4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Asthme : Oui  Non
- Allergies : .....PAI : Oui  Non
- Conduites à tenir : .....
- .....
- Contre-indications : .....
- Antécédents médicaux ou chirurgicaux : .....
- Pathologies chroniques : .....
- Autres renseignements concernant sa santé (lunettes, prothèses) .....
- Indiquer les **difficultés de santé**, antécédents médicaux, pathologies chroniques : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation,) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.....
- .....
- .....
- Traitement médical de longue durée pendant le séjour : .... 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-**

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

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

*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.*

DATE : .....

Signature des 2 parents :