



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
MAIRIE**

Année 2024 - 2025

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				

- 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 :