

FICHE SANITAIRE DE LIAISON INDIVIDUELLE

*Cette fiche doit être obligatoirement remplie dans son intégralité et remise au :
Service Municipal « éducation Jeunesse » (rue des Corsaires, à Honfleur) afin de valider l'inscription de votre enfant.*

IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : LIEU :

SEXE : Masculin / Féminin

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Merci de fournir une photocopie des vaccins au dossier. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si le groupe sanguin est déterminé, indiqué le : Groupe : Rhésus :

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui - Non

Si oui, fournir une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants (les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice correspondante).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE oui - non	COQUELUCHE oui - non	ANGINE oui - non
OREILLONS oui - non	VARICELLE oui - non	SCARLATINE oui - non
ROUGEOLE oui - non	OTITE oui - non	ECZEMA oui - non

ALLERGIES (asthme, médicamenteuse, alimentaire ou autres...) :

.....

.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Préciser :

.....
.....
.....

Régime alimentaire particulier (religion, allergie, ...) ? Oui - Non

Si oui, quel(s) aliment(s) est (sont) à proscrire ?

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), à mettre en place : Oui - Non

ASSURANCES

Votre enfant est-il assuré extra-scolaire ? Oui - Non

Si oui, Compagnie et N° de police :

Merci de fournir une photocopie de votre attestation d'assurance au dossier.

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

TEL. : Portable :

TEL. Professionnel :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

NOM/PRENOM : Tél :

NOM/PRENOM : Tél :

Je soussigné(e),, 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 santé de l'enfant.

Date : Signature :