

FICHE DE LIAISON

■ - ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

ECOLE ET CLASSE _____

DATE DE NAISSANCE : _____

RENTREE 2007 _____

GARCON FILLE

■ - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE.....

Tél.domicile : Professionnel mère : Professionnel père :

Portable mère : Portable père :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCINS ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

■ - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.

PAI (Projet d'accueil individualisé) oui non

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

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

PRECISEZ D'AUTRES EVENTUELS PROBLEMES MEDICAUX

Type de repas : ordinaire sans porc

 allergique sans viande
(dossier projet accueil individualisé à constituer) (attestation)

Souhaite que les agents ne servent pas de viande à mon enfant lors de la restauration.

Je soussigné,..... 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, transport en ambulance, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature(s) des 2 parents si garde alternée :