

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



MAIRIE DE SIDEVILLE – TAP

ENFANT
 Nom :
 Prénom :
 Date de Naissance :
 Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé de votre enfant et reste confidentielle.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	

Allergies : Asthme Oui Non Médicamenteuse Oui Non
 Alimentaires Oui Non Autres :

Si votre enfant est allergique, un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) a-t-il été mis en place ?

Oui (dans ce cas joindre la copie du PAI) Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

.....

Indiquez ci-après :

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. ?

Précisez :

.....

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

MERE :

Nom :

Prénom :

☎ dom :/...../...../...../.....

☎ port :/...../...../...../.....

☎ pro :/...../...../...../.....

PERE :

Nom :

Prénom :

☎ dom :/...../...../...../.....

☎ port :/...../...../...../.....

☎ pro :/...../...../...../.....

Adresse

.....

Nom, Adresse et ☎ du médecin traitant

.....

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si impossibilité de contacter les parents)

Personne 1 Nom: Prénom :

☎ dom :/...../...../...../..... ☎ port/...../...../...../.....

Adresse :

Lien de parenté avec le responsable légal :

Personne 2 Nom: Prénom :

☎ dom :/...../...../...../..... ☎ port/...../...../...../.....

Adresse :

Lien de parenté avec le responsable légal :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le maire ou/et son représentant à prendre le cas échéants, toutes mesures (médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :