

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## MAIRIE DE TEURTHEVILLE – 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 :