

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre la copie du carnet de vaccination

oqueluche Otite Rougeole Oreillons	M :	Prénc	om :	Né(e) le :	
emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pordonance. L'enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé ? (PAI) Oui Non Sioui, joindre fiche sanitaire complémentaire ALLERGIES: Asthme : Oui Non Alimentaires : Oui Non Médicamenteuses : Oui Non Autres Sioui, joindre fiche santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, pération, rééducation) précisant les dates et les précautions à prendre. Indiquez ci-après : L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ou symptômes suivants ? Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Articulaire aigu i Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Articulaire aigu Non Oui Non Ou	nfant suit-il un traite	ement médical pendar	nt les activités ? Oui 🗖 I	Non 🗖	
Asthme : Oui	ballage d'origine ma onnance. ıfant bénéficie-t-il d'un	arquées au nom de l'e n projet d'accueil individua	nfant avec la notice). Auc alisé ? (PAI) Oui 🗖 Non 🗖	•	
Autres	ERGIES :				
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler). Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) précisant les dates et les précautions à prendre. Indiquez ci-après : L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ou symptômes suivants ? Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Articulaire aigu i Non Oui Non Ou	hme : Oui 🗖 Non 🖺	J Alimentaires : Oui í	☐ Non ☐ Médicament e	euses : Oui 🗖 Non 🗖	
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) précisant les dates et les précautions à prendre. Indiquez ci-après : L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ou symptômes suivants ? Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Articulaire aigu i	res				
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) précisant les dates et les précautions à prendre. Indiquez ci-après : L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ou symptômes suivants ? Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Articulaire aigu l i Non Oui Non Ou	cisez la cause de l'al	llergie et la conduite à	tenir (si automédication,	le signaler).	
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) précisant les dates et les précautions à prendre. Indiquez ci-après : L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ou symptômes suivants ? Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Articulaire aigu l i Non Oui Non Ou					
Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Articulaire aigu Dui Non Dui N		tracté les maladies ou	symptômes suivants ?		
Adresse: Nere: Domicile: Portable: Travail: Tra					Scarlatin
2. RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM: Prénom: Maméros de téléphone: Portable: Travail: Père: Domicile: Portable: Travail: Travail: Père: Domicile: Portable: Travail: Teléphone: Travail: Teléphone:	Non 🗖	Oui 🗖 Non 🗖	Oui 🗖 Non 🗖	Oui 🗖 Non 🗖	Oui 🗖 Nor
2. RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM: Prénom: Adresse: Prénom: Prénom: Prénom: Prénom: Prénom: Prénom: Prénom: Prénom: Prénom: Portable: Portable: Travail: Père: Domicile: Portable: Travail Prenom: Travail Prenom: Travail Prénom: Téléphone: Prénom: Téléphone: Prénom: Téléphone: Prénom: Prénom: Téléphone: Prénom: P	eluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Asthme
NOM:	Non 🗖	Oui 🗖 Non 🗖	Oui 🗖 Non 🗖	Oui 🗖 Non 🗖	Oui 🗖 Nor
Adresse: Numéros de téléphone: Mère: Domicile:	2. <u>RESPONSABLE</u>	E DE L'ENFANT			
Adresse: Numéros de téléphone: Mère: Domicile:	M ·		Prénom		
Numéros de téléphone : Mère : Domicile :					
Mère : Domicile :					
3. PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le représentant légal) NOM: Prénom: Téléphone:	•		ble :	Travail :	
NOM :	e : Domicile :	Porta	ble :	.Travail	
NOM :	3. PERSONNES À	A PRÉVENIR EN CAS D'	URGENCE (autre que le re	présentant légal)	
cette fiche et autorise le responsable de l'activité sur site à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traiteme hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Médecin traitant:	·				•••••
	e fiche et autorise le	responsable de l'activit	té sur site à prendre, le cas	échéant, toutes mesures (tra	
		Tálánh	one :		
receptione :	IOH1 :	reiepno	ле:		