

# FICHE SANITAIRE

## DE LIAISON

Enfants de moins de 6 ans

### ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARCON                      POIDS : \_\_\_\_\_

FILLE

### RESPONSABLE LEGAL :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

- **VACCINATIONS** (fournir les photocopies identifiées des vaccinations du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	Nombre d'injections	VACCINS RECOMMANDES	Nombre d'injections
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rougeole- Rubéole- Oreillons	
Polio		Coqueluche	
		BCG	
UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS NES EN 2018		Autres (préciser)	
Coqueluche			
Rougeole-Oreillons- Rubéole (vaccin combiné ROR)			
Haemophilus Influenza de type B			
Hepatitis B			
Pneumocoque			
Méningocoque de type C			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

#### ➤ ALLERGIES

ASTHME :                      Oui                       Non

MEDICAMENTEUSES :                      Oui                       Non

ALIMENTAIRES :                      Oui                       Non

AUTRES : \_\_\_\_\_

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE (Joindre si prise de médicaments la prescription médicale avec les médicaments nécessaires fournis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ➤ DIFFICULTES DE SANTE – PRECAUTIONS A PRENDRE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### ➤ NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT :

\_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. (En particulier pour les enfants de 0 à 6 ans, en cas de fièvre supérieure à 38,5°C à administrer 1 dose de paracétamol en fonction de son poids).

DATE :

Signature :