

PÉRISCOLAIRE DU SOIR - FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM & Prénom de l'enfant : _____

PÈRE / TUTEUR	MÈRE / TUTRICE
NOM & Prénom :	NOM & Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél. fixe : / / / /	Tél. fixe : / / / /
Tél. portable : / / / /	Tél. portable : / / / /
Tél. prof. : / / / /	Tél. prof. : / / / /
Courriel :	Courriel :

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OBSERVATIONS
Diphtérie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Tétanos <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Poliomyélite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant doit-il suivre un traitement médical durant les temps d'accueil ? Oui Non

Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

L'enfant a-t-il des allergies connues ?

Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Non Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Alimentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si OUI, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

DIFFICULTES DE SANTE PARTICULIERES

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.	
---	--

Je soussigné(e),

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la MCL Metz à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A : **le :** / /

SIGNATURE DE LA MÈRE / TUTRICE :

SIGNATURE DU PÈRE / TUTEUR :