FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____ Garçon ☐ Fille ☐

N° de S.S :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur l'enfant durant toutes les activités organisées par la Communauté de Commmunes de la Porte du Sundgau.

2-VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre-indication
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants **(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)**

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole Oui ☐ Non ☐ **Varicelle** Oui ☐ Non ☐ **Angine** Oui ☐ Non ☐ **Rhumatisme articulaire aigu** Oui ☐ Non ☐

Coqueluche Oui ☐ Non ☐ **Otite** Oui ☐ Non ☐ **Rougeole** Oui ☐ Non ☐ **Oreillons** Oui ☐ Non ☐

ALLERGIES :

Asthme Oui ☐ Non ☐ **Alimentaires** Oui ☐ Non ☐ **Médicamenteuses** Oui ☐ Non ☐

Si autres, précisez:_____

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

_____

_____

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

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.. précisez.

_____

_____

_____

4-RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (pendant le séjour) :

_____

_____

Tél. domicile : ___/___/___/___/___ Tél. portable : ___/___/___/___/___

Tél.bureau:___/___/___/___/___Tél. médecin traitant:___/___/___/___/___

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise mon enfant :

A être filmé et photographié dans le cadre d'animations ou d'activités proposées par la CCPS, pour d'éventuelles communications d'informations. OUI ☐ NON ☐

Date :

Signature :