

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON 2024
ALSH - ZUTKERQUE**

NOM de l'enfant: _____
 PRENOM de l'enfant: _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 Garçon Fille



1 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

GROUPE SANGUIN si connu:

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	PISCINE ou BAIGNADE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non AUTRES
 ALIMENTAIRES oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....

Vaccinations : fournir la photocopie des vaccinations ou le cas échéant un certificat médical de contre - indication

**VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC ... ?
PRECISEZ.**

**LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN
PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.**

.....

2 - PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté:	Lien de parenté:	Lien de parenté:
Tel. En cas d'urgence:	Tel. En cas d'urgence:	Tel. En cas d'urgence:

3 - PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté:	Lien de parenté:	Lien de parenté:
Tel. En cas d'urgence:	Tel. En cas d'urgence:	Tel. En cas d'urgence:

**Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare
que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.**

Date et Signature :