



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018-2019

Hôtel de Ville

Place de l'Hôtel de Ville

93420 Villepinte

Tél. : 01 41 52 53 00

Mail : courrier@ville-villepinte.fr

www.ville-villepinte.fr

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles aux équipes d'encadrement

NOM DE L'ENFANT : **PRENOM** :

Né(e) le/...../..... **Age** : ans **Poids** : kg **Sexe*** : Féminin - Masculin

1. VACCINATIONS

DATE DU DERNIER RAPPEL DTP (diphtérie/tétanos/poliomyélite) :/...../.....

2. MALADIES

L'enfant a-t-il déjà eu ?

ANGINES* OUI NON

RHUMATISMES*

OUI NON

SCARLATINE*

OUI NON

OTITES* OUI NON

COQUELUCHE*

OUI NON

ROUGEOLE*

OUI NON

ASTHMES* OUI NON

OREILLONS*

OUI NON

CONVULSIONS

OUI NON

RUBEOLE* OUI NON

VARICELLE *

OUI NON

Autres :

ALLERGIES* OUI NON A quoi ?
.....

3. INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS

APPENDICITE* OUI NON

AUTRES OPERATIONS :

REEDUCATION :

HOSPITALISATIONS (dates et motifs) :

* Rayer les mentions inutiles

Tournez la page S.V.P.

4. ETAT DE SANTE DE L'ENFANT

L'enfant mouille-t-il son lit ? Régulièrement* : OUI NON Occasionnellement* : OUI NON

Dans l'affirmative, **ajoutez au trousseau** : 1 alaise et 2 pyjamas supplémentaires pour les séjours.

L'enfant suit-il un traitement ? : OUI NON Si oui, lequel :

.....

Devra-t-il suivre un traitement ?* : OUI NON

(Dans ce cas veuillez vous rapprocher du service afin de définir un Protocole d'Accueil Individualisé)

L'enfant viendra-t-il sur les activités avec :

Une prothèse dentaire* : OUI NON Quand doit-il la porter ?

Des lunettes* : OUI NON Quand doit-il les porter ?

Autres :

5. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Ces renseignements sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant :

6. AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

demeurant :

N° de Sécurité Sociale :

Eventuellement Mutuelle :

Nom et tél. Du médecin traitant.....

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

Agissant en qualité de * Père - Mère - Tuteur légal

Fait à le

Signature :

