



Fiche sanitaire de liaison – Service Enfance – 2020.2021

MAIRIE DE CHALIFERT, 77144
Tél : 01.60.43.82.38
Fax : 01.60.43.85.54

Nom – Prénom de l'enfant :

Classe :

Date de naissance :

1. Renseignements médicaux :

Veillez remplir le tableau suivant :

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates
DTP : Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite				Grippe			
Coqueluche				Zona			
Hépatite B				Varicelle			
Infections invasives à pneumocoque				Tuberculose			
Méningocoque de sérogroupe C							
Rougeole							
Oreillons							
Rubéole							
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b							

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Maladies	Oui	Non	Maladies	Oui	Non	Maladies	Oui	Non
Rubéole			Angine			Scarlatine		
Varicelle			Rhumatisme articulaire aigu			Coqueluche		
Otite			Rougeole			Oreillons		

Autres informations ou recommandations particulières : *maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation – Si automédication le signaler – Préciser les précautions à prendre*

.....

.....

.....

.....

Allergies et/ou contre-indications

- Régime Sans porc
- Asthme (**Transmettre le PAI ainsi que les médicaments**)
- Allergie médicamenteuse, préciser :
- Allergie alimentaire : (**Transmettre le PAI ainsi que les médicaments**)
.....
.....
.....

- Autres allergies :
.....
.....
.....

Tout PAI doit être accompagné d'une ordonnance récente et des médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

2. Autres informations ou recommandations particulières : lunettes, appareil dentaire, décision de justice, etc

.....
.....
.....
.....
.....

3. Responsable de l'enfant :

Nom & Prénom :

Adresse :

Tél. fixe domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

Nom – Coordonnées téléphoniques du médecin traitant (Facultatif)
.....

Je soussigné(e), Mme, M.certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche. Si des renseignements contenus dans cette fiche changent en cours d'année, je m'engage à transmettre les modifications nécessaires auprès de l'Accueil de loisirs.

« Lu et approuvé », Date - Signature