



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT	NOM (en majuscule) :	DATES DE NAISSANCES (JJ/MM/AAAA) :
	PRENOM (en majuscule) :	SEXE : MASCULIN : <input type="checkbox"/> FEMININ : <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)					
*JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS DANS LE CARNET DE SANTE (OBLIGATOIRE)					
*SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION					
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Noms des vaccins et dates
Diptérie				BCG / Hépatite B / Coqueluche / Rubéole / Oreillons / rougeoles / Autres (préciser)	
Tétanos					
Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT			
L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lequel ? : <i>Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant et avec la notice).</i> AUCUN MEDICAMENTS NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE DU MEDECIN.			
L'enfant a-t-il des allergies ?	OUI	NON	L'enfant porte-t-il ? (lunettes, prothèses, lentilles, ou autres) : Si oui préciser lesquels ainsi que les recommandations
ALIMENTAIRES			
ASTHME			Veillez indiquer toutes autres informations pouvant être utiles (problème de santé, régime alimentaire particulier):
MEDICAMENTEUSES			
Autres :			
<i>Préciser la cause et la conduite à tenir :</i>			

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT	
NOM ET PRENOM (en majuscule) :	TELEPHONE PRINCIPAL (obligatoire) : / / / / / TELEPHONE (AUTRE) : / / / / /
ADRESSE COMPLETE :	
<i>Médecin traitant</i>	
NOM (en majuscule) :	TELEPHONE :
<i>Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise ESCAL EN YVOIS à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.</i>	
Fait à :	Signature :
Le :	