



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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
Adresse des parents :			
.....			
Tél Domicile :			
Tél Portable 1 :		Tél Travail :	
Tél Portable 2 :			

1. 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		

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

Autres :

ALLERGIES* OUI NON A quoi ?

2. INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS

APPENDICITE* OUI NON AUTRES OPERATIONS :

REEDUCATION :

HOSPITALISATIONS (dates et motifs) :

* Rayer les mentions inutiles

Tournez la page S.V.P.

3. 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 :

4. 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 :

5. AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

demeurant :

N° de Sécurité Sociale :

Eventuellement Mutuelle :

Nom et tél. Du médecin traitant.....

Je soussigné,.....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 :