



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021

### L'enfant ou le jeune

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Sexe : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_  
N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### Renseignements médicaux

JOINDRE **OBLIGATOIREMENT** LA PHOTOCOPIE DES PAGES «VACCINATION» DU CARNET DE SANTE DE VOTRE ENFANT.

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

---

---

---

#### **Maladies**

Rubéole	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	Angine	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	Rhumatismes	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	Otites	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>		

#### **Allergies**

Alimentaires	<input type="checkbox"/>	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	--------	--------------------------



- Causes et conduite à tenir : \_\_\_\_\_
- Recommandations des parents : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Si l'enfant suit un traitement, précisez lequel et joindre l'ordonnance s'il doit prendre des médicaments :  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### Responsable(s) de l'enfant

Nom du père : \_\_\_\_\_ Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Té. Domicile : \_\_\_\_\_ Tél. domicile : \_\_\_\_\_

### **Personne à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)**

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

.....

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'Asco à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_