



FICHE SANITAIRE DE LIAISON REMPLIR PAR LA FAMILLE

Veillez-vous munir du carnet de santé de l'enfant pour remplir la fiche.

NOM.....		PRENOM.....				
Date de naissance.....	Poids.....	Sexe	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		
VACCINS A jour du DT Polio			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
ALERGIES			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
Si oui, lesquelles.....						
MALADIE	Rougeole <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	
CONTRE INDICATIONS MEDICALES						
Médicaments						
Vaccins-sérum.....						
TRAITEMENT PARTICULIER / P.A.I (joindre l'original l'ordonnance)			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
ALIMENTATION OU REGIME PARTICULIER Si oui, lequel (si raison médicale, joindre le P.A.I)			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
L'ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ? I Si oui, lequel.....			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
L'ENFANT EST-IL DECLARE EN M.D.P.H?			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'ETRE ACCOMPAGNE PAR UNE A.V.P (Auxiliaire de vie périscolaire / extrascolaire)			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
PORT D'UN APPAREIL (auditif, dentaire, lunettes...) Si oui, lequel.....			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
OPERATIONS Si oui, lesquelles.....			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
L'ENFANT EST-IL APTE A LA PRATIQUE SPORTIVE (Nautiques, plein air, motorisées, combat) Si non, préciser.....			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
L'enfant est-il	Hémophile	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Cardiaque	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Enurétique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Epileptique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Asthmatique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Diabétique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ATTESTATION CERTIFICAT MEDICAL						
Je soussigné M/MME.....						
Représentant légal de l'enfant.....						
Atteste avoir pris connaissance du questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.						
A Aubervilliers,/...../.....			Signature du représentant légal			

