

FICHE SANITAIRE DE LIAISON REMPLIR PAR LA FAMILLE

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

NOM		PRENOM	
Date de naissance.....	Poids.....	Sexe	F ☐ M ☐
VACCINS A jour du DT Polio		OUI ☐	NON ☐
ALERGIES		OUI ☐	NON ☐
Si oui, lesquelles.....			
MALADIE	Rougeole ☐	Rubéole ☐	Varicelle ☐ Coqueluche ☐ Scarlatine ☐
CONTRE INDICATIONS MEDICALES			
Médicaments			
Vaccins-sérum.....			
TRAITEMENT PARTICULIER / P.A.I (joindre l'original l'ordonnance)		OUI ☐	NON ☐
ALIMENTATION OU REGIME PARTICULIER Si oui, lequel (si raison médicale, joindre le P.A.I)		OUI ☐	NON ☐
L'ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ? I Si oui, lequel.....		OUI ☐	NON ☐
L'ENFANT EST-IL DECLARE EN M.D.P.H?		OUI ☐	NON ☐
L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'ETRE ACCOMPAGNE PAR UNE A.V.P (Auxiliaire de vie périscolaire / extrascolaire)		OUI ☐	NON ☐
PORT D'UN APPAREIL (auditif, dentaire, lunettes...) Si oui, lequel.....		OUI ☐	NON ☐
OPERATIONS Si oui, lesquelles.....		OUI ☐	NON ☐
L'ENFANT EST-IL APTE A LA PRATIQUE SPORTIVE (Nautiques, plein air, motorisées, combat) Si non, préciser.....		OUI ☐	NON ☐
L'enfant est-il	Hémophile	OUI ☐	NON ☐
	Enurétique	OUI ☐	NON ☐
	Asthmatique	OUI ☐	NON ☐
	Cardiaque	OUI ☐	NON ☐
	Epileptique	OUI ☐	NON ☐
	Diabétique	OUI ☐	NON ☐
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	

