

FICHE SANITAIRE DE LIAISON MULTIACCUEIL

NOM _____ Prénom _____

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à informer la Communauté de communes du Pays de Luxeuil de toute évolution de ces informations et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Signature

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE (Joindre l'attestation d'assurance)

Compagnie _____ N° de police _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Tel : _____

Maladies chroniques : asthme, convulsion, diabète, autres (précisez) : _____

Réactions allergiques : médicaments, aliments, autres (précisez) _____

Précisez les précautions à prendre : _____

L'enfant suit-il un **régime alimentaire médical** : Oui Non

Si oui, lequel ? _____

L'enfant suit-il un **traitement médical** Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Autres difficultés de santé : maladie, accident, hospitalisation, opération (précisez) _____

Maladies déjà contractées (faites une croix dans les cases correspondantes)

Scarlatine Rougeole Rubéole Oreillons

Coqueluche Varicelle Autres maladies : _____

L'enfant souffre-t-il d'allergies ? (des précisions seront à apporter dans la partie suivante)

Alimentaires Médicamenteuses Asthme Autres

Précisez dans tous les cas : _____



RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, auditif, semelles orthopédiques, autres (précisez)

Antécédent particuliers : fractures, entorses, autres (précisez)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION ET DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné Dr _____

Atteste que l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

A été soumis aux vaccinations obligatoires

Ne présente pas de contre-indication à la vie en collectivité

Fait à _____ le _____

Signature et cachet obligatoire du médecin consulté

Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription et l'emballage d'origine du médicament (sauf cas exceptionnel).

