



# Formulaire Sanitaire - RPI Saudoy, Barbonne-Fayel et Fontaine Denis

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ENFANT

Nom:..... Prénom : .....

Sexe : Garçon  Fille  Date de naissance : ...../...../.....

### VACCINATIONS

**Merci de fournir la photocopie du carnet de santé ou un certificat attestant la vaccination de votre enfant.**

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

.....  
.....  
.....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

L'enfant présente-t-il une allergie ? Oui  Non

L'enfant bénéficie t'il d'un traitement pour l'asthme ? Oui  Non

Si autre, précisez :

.....  
.....

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération chirurgicales) :

..... le ..... / ..... / .....  
..... le ..... / ..... / .....  
..... le ..... / ..... / .....  
..... le ..... / ..... / .....

### RECOMMANDATION DES PARENTS (Champ non obligatoire)

.....  
.....  
.....

**Pour tout traitement médical, même ponctuel, merci de joindre systématiquement l'ordonnance.**

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui  Non

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tel. Domicile : .... /.... /.... /.... /.... Tel. Travail : .... /... /.... /.... /....

N° de S.S : .....

### AUTRE(S) PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

1°) Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Tel : ..... /..... /..... /..... /.....

2°) Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Tel : ..... /..... /..... /..... /.....

3°) Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Tel : ..... /..... /..... /..... /.....

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

Le ..... /..... /.....

Signature,