GARDERIE MUNICIPALE DE CHÉROY

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux

Qui pourront être utiles pendant la garderie de votre enfant. Elle évite

De vous démunir de son carnet de santé.

Elle doit être obligatoirement remplie pour valider l’inscription.

**I. ENFANT**

Nom : …………………………………………. Prénom :……………………………………………………

Sexe : Garçon Fille Date de naissance :

**II. VACCINATIONS**

*(Remplir à partir du carnet de santé, ou des certificats de vaccination de*

*l’enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Précisez s’il s’agit : | | VACCINS PRATIQUES | | DATES | |
| Du DT polio | |  | |  | |
| Du DT coq | |  | |  | |
| Du Tétracoq | |  | |  | |
| D’une prise polio RAPPELS | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | | ANTIVARIOLIQUE | | AUTRES VACCINS | |
|  | DATES |  | DATES | VACCINS | DATES |
| 1er VACCIN |  | VACCIN |  |  |  |
| REVACCINATION |  | 1er RAPPEL |  |  |  |

SI L’ENFANT N’EST PAS VACCINE

Pourquoi ?...............................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INJECTIONS DE SERUM | NATURE | DATES |
|  |  |
|  |  |

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE | | VARICELLE | | ANGINES | | RHUMATISMES | | SCARLATINE | |
| oui | non | oui | non | oui | non | oui | non | oui | non |
| COQUELUCHE | | OTITES | | ASTHME | | ROUGEOLE | | OREILLONS | |
| oui | non | oui | non | oui | non | oui | non | oui | non |

**INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :**

*(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | DATES |
|  |  |
|  |  |

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ACTUELLEMENT L’ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

Médecin traitant : Tél :

Adresse :

**V. RESPONSABLE DE L’ENFANT**

Nom : ……………………………………………………. Prénom : ……………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

N° portable : …………………………………. Bureau : ………………………………………….

Mail:…………………………………………………………………………………………………………………….

Contrat d’assurance n° :…………………………………………………………………………………

N° de S.S. : ……………………………………………………………………………………………………………

Adresse du centre payeur :………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….

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

DATE :…………………………….. SIGNATURE :