

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA n°10008\*2

### I/ L'enfant (Joindre une attestation d'assurance le cas échéant)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

N°- Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Mutuelle : \_\_\_\_\_

Groupe Sanguin : \_\_\_\_\_ Assurance : \_\_\_\_\_

N°- Police d'Assurance : \_\_\_\_\_ Date de fin de validité : \_\_\_\_\_

### II/ Vaccination (Joindre une copie du carnet de santé partie vaccins)

<b>Diphtérie</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____	<b>Coqueluche</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____
<b>Tétanos</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____	<b>Hépatite B</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____
<b>Poliomyélite</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____	<b>Rougeole</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____
<b>Pneumocoque</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____	<b>Haemophilus influenzae B</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____
<b>Oreillons</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____	<b>Rubéole</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____
<b>Méningocoque C</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____			
<b>Autres :</b> _____					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### III/ Les informations médicales de l'enfant

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ N° Téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

*L'enfant a-t-il déjà eu ou a actuellement l'une des maladies suivantes ?*

<b>Angine</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Coqueluche</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Rhumatisme</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Asthme</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Oreillons</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Rougeole</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Rubéole</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Scarlatine</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Varicelle</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Allergies médicalement reconnues : \_\_\_\_\_

Autres renseignements : \_\_\_\_\_

Recommandations des parents (lunettes ...) : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Un P.A.I (projet d'accueil individualisé) est-il en cours de validité :  OUI  NON

Type de repas à éviter : \_\_\_\_\_

#### IV/ Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom - Prénom	N°- Téléphone	Lien avec l'enfant
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

En signant cette fiche, j'autorise également la prise en charge de mon enfant par les services de secours (SAMU, pompiers, ambulance) et son transfert à l'hôpital tel qu'il soit et cela sans la présence d'un membre du personnel de la structure accueillante.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

**Signature du responsable de l'enfant**  
**Précédée de la mention « lu et approuvé »**

**Signature du responsable de l'enfant**  
**Précédée de la mention « lu et approuvé »**