

 <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">30 Août 2021 au 30 Juin 2022</p>	<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p style="text-align: center; margin: 0;">ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE : / /</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;">GARÇONFILLE</p>
---	--	--

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur votre enfant.
Merci de nous indiquer tout changement au cours de l'année.**

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

OBLIGATION de fournir la photocopie de la liste des vaccinations effectuées du carnet de santé de l'enfant.
Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

⇒ **L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :**

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme		
Alimentaire		
Médicamenteuse		
Autres :		

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir :

⇒ Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale (information sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? **OUI NON**

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
OREILLON <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non			

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

⇒ Votre enfant porte-t-il :

Des Lunettes **OUI** **NON** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Des prothèses auditives **OUI** **NON** (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

⇒ Autres recommandations :

4. NOM DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

RESPONSABLE LEGAL 1

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Lien de parenté :

Lien de parenté :

Adresse :

Adresse :

Code postal :

Code postal :

Commune :

Commune :

E-mail :

E-mail :

Tel domicile :

Tel domicile :

Tel portable

Tel portable

Tel Travail

Tel Travail

5. MÉDECIN TRAITANT :

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant :

6. AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR :

NOM ET PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉLÉPHONE

Je soussigné(e),

responsable légal(e) de l'enfant

, certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise le

responsable de 2M Montessori, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le :

Signature des parents ou représentant(s) légal(aux):