

Fiche sanitaire de liaison

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse domicile :

.....

Téléphone :

Etablissement fréquenté :

Classe :

Nom et prénom du père :

Téléphone :

Nom et prénom de la mère :

Téléphone :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Téléphone :

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul chez lui ?

Personnes majeures autres que les parents autorisées à prendre l'enfant :

(Ces personnes seront invitées à présenter un justificatif d'identité avec photo)

Nom et prénom : Téléphone :

Nom et prénom : Téléphone :

Nom et prénom : Téléphone :

Nom et prénom : Téléphone :

Assurance responsabilité civile : (obligatoire)

Compagnie : N° de police :

(Joindre l'attestation d'assurance).

Renseignements médicaux

Médecin traitant : Téléphone :

Les vaccinations

D.T.P

B.C.G.

Dernier rappel : ____/____/____

1ère vaccination : ____/____/____

L'enfant est-il hémophile?

Oui

Non

L'enfant porte t-il des lunettes?

Oui

Non

L'enfant porte t-il un appareil auditif?

Oui

Non

L'enfant porte t-il un appareil dentaire?

Oui

Non

Allergies

Asthme :

Oui

Non

Médicamenteuse :

Oui

Non

Alimentaire :

Oui

Non

Autres renseignements utiles à connaître :

.....

.....