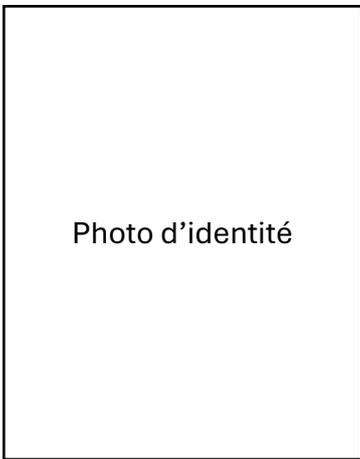


FICHE SANITAIRE DE LIAISON

EEDF Grand Nancy



NOM _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Genre _____

Barrer la mention inutile : ANNEE SCOLAIRE / SEJOUR

Date : _____ Lieu : _____

VACCINATIONS

se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations

JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE SANTE

VACCINS OBLIGATOIRES		Date du dernier rappel	AUTRES VACCINS		Date du dernier rappel
Diphtérie	oui / non		Hépatite B	oui / non	
Tétanos	oui / non		ROR	oui / non	
Poliomyélite	oui / non		Coqueluche	oui / non	
BCG	oui / non				

Si pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

MALADIES DEJA EUES ?

rayer la mention inutile

Rubéole	oui / non	Oreillons	oui / non
Varicelle	oui / non	Scarlatine	oui / non
Rougeole	oui / non	Coqueluche	oui / non
Angine	oui / non	Otite	oui / non
		Rhumatismes articulaires aigus	oui / non

ALLERGIES

Asthme **oui / non**
 Alimentaire **oui / non**
 Médicamenteuse **oui / non**

Si oui (ou autre allergie), préciser la **conduite à tenir** :

Y A-T-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ?

rayer la mention inutile : **oui / non**

Si oui, **joindre une ordonnance récente** (moins de 3 mois) et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées avec la notice)

Si la personne est sujette à des maux réguliers de ventre, dos, tête, etc., joindre une ordonnance « au cas où » car aucun médicament ne peut être donné sans ordonnance

QUELQUES INFOS

Personne propre au lit **oui / occasionnellement non / non**

Personne réglée **oui / non**

Lunettes	oui / non	Appareils auditifs	oui / non	Appareil dentaire	oui / non
----------	------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------

Autres infos, consignes particulières à savoir ? (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations en précisant les dates et les précautions à prendre)

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE SOINS MEDICAUX

à remplir par les responsables légaux

Je soussigné-e (NOM Prénom) _____

agissant en tant que (père, mère, responsable légal) _____

demeurant au (adresse, code postal, ville, pays) _____

Tél. portable _____ N° de Sécurité Sociale _____

Autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :

(NOM Prénom) _____ Né-e le _____ Sexe _____

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

(NOM Prénom) _____ Lien de parenté _____

Tél. portable _____

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte. Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à _____ le _____

Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")