

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
Accueils Collectifs de Mineurs année scolaire 2015-2016

NOM : Prénom : Né le :

Adresse :

Nom du médecin traitant (facultatif) : Téléphone :

Régime particulier : Ne mange pas de porc Autre, à préciser

Ne mange pas de viande

Allergies (médicaments, alimentaires, matières...) :

Difficultés de santé à prendre en compte (maladies, accidents, crises convulsives...) :

Recommandations utiles des parents :

Médicaments : Le participant suivra-t-il un traitement connu d'avance, durant l'année scolaire.

Si oui, lequel

Joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (notice et médicaments dans leur emballage d'origine et marqués au nom de l'enfant)

Vaccination : Copie du carnet de vaccination concernant les vaccins obligatoires (antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélique) à joindre **obligatoirement** à cette fiche

Maladies : (entourez les maladies déjà déclarées chez l'enfant)

Rubéole Coqueluche Varicelle Rhumatisme Scarlatine Oreillons Rougeole Otites Angines

Je soussigné responsable légal du participant, déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche et atteste avoir pris connaissance de l'article L1111-4 du code de la santé publique : « En cas d'urgence, de nécessité d'opérer ou si l'autorité parentale ne peut être jointe ou qu'elle refuse un traitement pouvant entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivrera les soins indispensables ».

DATE : SIGNATURE :

Remarques :

Le

La directrice de l'ACM