

ECLAIREURS LOUVETEAUX DE FRANCE

Fiche sanitaire de liaison

Groupe Promesse

du 13 septembre 2025 au 30 juin 2026

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : ☐ M ☐ F

Vaccinations obligatoires (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

Dernier rappel (se référer au carnet de santé)

Nom du vaccin : _____ Date : ____/____/____

Merci de joindre une photocopie des vaccinations du carnet de santé (obligatoire).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION ; le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? (même pour allergie) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui pour quelle raison : _____

Lequel : _____

Prend-il des médicaments occasionnellement ?

(maux de tête, de ventre, allergie, règles, constipation, ...) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser la raison et quel médicament (nom, dosage et posologie) : _____

Merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises d'épilepsie, pipi au lit, tétanie, spasmophilie, hospitalisations, opérations, rééducation, bronchite ou otite...).

Merci de préciser les dates et les précautions à prendre.

Recommandations particulières (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires...) :

L'enfant sait nager : ☐ Oui ☐ Non

Allergies

Fait-il des réactions allergiques ?

✓ à des médicaments : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ? _____

✓ à des aliments : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ? _____

✓ aux piqûres d'insectes : ☐Oui ☐Non

Si oui, lesquels ? _____

✓ à la poussière, acariens, graminées : ☐Oui ☐Non

Si oui, préciser ? _____

✓ fait-il des crises d'asthme ? : ☐Oui ☐Non

✓ autre : ☐Oui ☐Non

Si oui, préciser la cause de l'allergie : _____

Comment se manifestent ces réactions ? _____

Quel est le traitement et la conduite à tenir en cas d'allergie ou d'asthme ? (si automédication, le signaler) _____

A-t-il un traitement préventif de fond ? Si oui, lequel ? (merci de joindre l'ordonnance)

Responsable de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone (fixe et portable si possible) : _____

Numéro de Sécurité Sociale de l'assuré(é) : _____

Caisse de rattachement : _____

Mutuelle : _____

CMU : ☐Oui ☐Non

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

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

Date : _____

Signature : _____

A remplir par le directeur à l'attention des familles

Observations : _____