



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Tel : 05 56 78 13 00
Courriel : saj@mairie-cestas.fr

MERCI DE REMPLIR SCRUPULEUSEMENT CETTE FICHE.
LES INFORMATIONS QU'ELLE CONTIENT SONT DESTINEES
UNIQUEMENT AU SAJ ET, LE CAS ECHEANT, AUX SERVICES MEDICAUX.
TOUTE MODIFICATION DEVRA ETRE SIGNALEE PAR MAIL
A SAJ@MAIRIE-CESTAS.FR

ENFANT	
NOM :
PRENOM :
NE(E) LE :
FILLE <input type="checkbox"/>	GARÇON <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (cochez la réponse)

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

(Si oui, merci de préciser dans informations utiles (ci-dessous) et 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 durant les activités.**

VACCINS DTP : Fournir la copie du carnet de santé ou un certificat médical pour justifier que l'enfant est à jour du DTP

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	DATE DU PROCHAIN RAPPEL
DTP (DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITE)				

ALLERGIES :

MEDICAMENTEUSES	ALIMENTAIRES	ASTHME	AUTRES
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

INFORMATIONS UTILES ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES - DIFFICULTÉS DE SANTÉ

(MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, TRAITEMENT, ETC...

REMARQUES, OBSERVATIONS OU INFORMATIONS POUVANT ÊTRE UTILE À L'ÉQUIPE D'ANIMATION.

Vous pouvez également joindre l'équipe du SAJ par téléphone pour toute situation particulière.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

DATE :

SIGNATURE :



