

MAIRIE DE CAMBES EN PLAINE
 PLACE DE L'AMITIE
 14610 CAMBES EN PLAINE
 ☎ : 02.31.53.12.34
 📠 : 02 31 94 48 84
 e-mail : COMMUNE.CAMBES@wanadoo.fr



GARDERIE CAMBES-EN-PLAINE

Année scolaire 2011 / 2012

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

IDENTIFICATION de l'enfant :

NOM :

Prénoms :

ADRESSE :

Date de naissance :

Classe :

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – oreillons - rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
B.C.G					
MONOTEST					

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

Merci de retourner la fiche à la cantine pour le 6 septembre.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

.....

.....

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATHISME ARICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<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	

ALLERGIES

ASTHME OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (SI AUTOMEDICATION LE SIGNALER)

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de retourner la fiche à la cantine pour le 6 septembre.

RENSEIGNEMENTS UTILES :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ECT...

PRECISEZ.

.....
.....
.....
.....

EN CAS D'URGENCE, VERS QUEL ÉTABLISSEMENT SOUHAITEZ - VOUS QUE VOTRE ENFANT SOIT DIRIGÉ ?

- Le C.H.U. de Caen :
- En Clinique : laquelle ?
- N° de sécurité Sociale :
- Nom du médecin traitant (facultatif) :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL. FIXE ET PORTABLE :

TRAVAIL :

PERSONNE RESPONSABLE EN L'ABSENCE DES PARENTS

NOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

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

DATE :

SIGNATURE :

Merci de retourner la fiche à la cantine pour le 6 septembre.