

INSCRIPTION ANNEE 2022/ 2023

FICHE SANITAIRE DE LIAISON À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Veillez-vous munir du carnet de santé de l'enfant lors de la visite chez le médecin.

NOM.....		PRÉNOM.....				
Date de naissance.....	Poids.....	Sexe	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		
VACCINS à jour du DT Polio			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
ALERGIES			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
Si oui, lesquelles.....						
MALADIE	Rougeole <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	
CONTRE INDICATIONS MÉDICALES						
Médicaments						
Vaccins-sérum.....						
TRAITEMENT PARTICULIER / P.A.I (joindre l'original l'ordonnance)			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
ALIMENTATION OU RÉGIME PARTICULIER Si oui, lequel (si raison médicale, joindre le P.A.I)			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
L'ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ? I Si oui, lesquels.....			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
L'ENFANT EST-IL DÉCLARÉ EN M.D.P.H?			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'ÊTRE ACCOMPAGNÉ PAR UNE A.V.P (Auxiliaire de vie périscolaire / extrascolaire)			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
PORT D'UN APPAREIL (auditif, dentaire, lunettes...) Si oui, lequel.....			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
OPÉRATIONS Si oui, lesquelles.....			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
L'ENFANT EST-IL APTE À LA PRATIQUE SPORTIVE (Nautique, plein air, motorisé, combat) Si non, préciser.....			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
L'enfant est-il	Hémophile	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Cardiaque	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Énurétique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Épileptique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Asthmatique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Diabétique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OBSERVATIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT L'ENFANT						
.....						
.....						
.....						
DATE/...../.....	SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN					

