



Multi-Accueil de Pignans

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - ANNEE 2013/2014

Fiche individuelle et confidentielle de renseignements médicaux

A compléter avec le plus grand de soin.
Toute modification survenant en cours d'année doit être signalée à la crèche
Cette fiche doit être accompagnée d'un certificat médical d'admission et de la photocopie du carnet de vaccinations

1 - L'ENFANT :

NOM : Prénom :
Né(e) le : Sexe : M F
Taille : Poids :

2 - PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT :

NOM : Prénom :
Adresse du domicile :
Commune :

PERE TUTEUR

MERE TUTRICE

Téléphone : Domicile : Portable : Travail :

Téléphone : Domicile : Portable : Travail :

3 - SANTE – ASSURANCE :

Les frais médicaux éventuellement nécessaires sont à la charge de la famille. Celle-ci se fera rembourser par sa Caisse de Sécurité Sociale et sa mutuelle. La responsabilité civile individuelle accident est fortement conseillée (article L227-5 du code de l'Action Sociale et des Familles).

Numéro de Sécurité Sociale :

Caisse :

SI VOUS BENEFICIEZ D'UN AUTRE SYSTEME DE PRISE EN CHARGE, FOURNIR IMPERATIVEMENT LES DOCUMENTS A UTILISER, EN PARTICULIER POUR LES ENFANTS BENEFICIANT DE LA C.M.U.

Responsabilité civile individuelle accident : Compagnie :

– Contrat N° :

Complémentaire santé (mutuelle) : Compagnie :

– Contrat N° :

4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

A-t-il eu les maladies suivantes (1) :

VARICELLE	ANGINES	SCARLATINE	OTITES	ROUGEOLE	OREILLONS	RUBEOLE	ASTHME
OUI : NON	OUI : NON	OUI : NON	OUI : NON	OUI : NON	OUI : NON	OUI : NON	OUI : NON

A-t-il déjà présenté des allergies (1) :

ALIMENTAIRE	MEDICAMENTEUSE	ASTHME	AUTRES
OUI : NON	OUI : NON	OUI : NON	OUI : NON

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les conséquences possibles (asthme, urticaire, œdème de Quincke, boutons, eczéma...) et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....

A-t-il eu d'autres difficultés de santé : maladie, accident.... (les indiquer en précisant les dates) :

.....
.....

Précautions à prendre par rapport aux difficultés de santé signalées (régime alimentaire spécifique par exemple)

.....
.....

En fonction de la difficulté de santé, un Protocole d'Accueil Individuel sera établi en supplément.

5 - AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes...)

.....
.....

6 - VACCINATIONS (joindre les photocopies des pages concernées du carnet de santé)

7 - L'ENFANT DOIT-IL SUIVRE UN TRAITEMENT A LA CRECHE : Oui - Non (1)

Si oui, lequel :

Dans ce cas, il est impératif de joindre l'ordonnance en cours de validité et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice, ainsi qu'au besoin, une lettre explicative signée et datée.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

*Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,
- déclare exacts et complets les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de la crèche à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.*

- m'engage à informer par écrit la crèche, de toute modification pouvant intervenir en cours d'année.

Date :

Signature de la personne en charge de l'enfant :

(1) rayer les mentions inutiles