



Dossier de liaison sanitaire

Photo

Année 2018

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Age..... Lieu de naissance :

Poids : Kg Taille :.....

Garçon Fille

Situation familiale :

Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve) Vie Maritale Célibataire

(en cas de nécessité, indiquez à la Direction de l'Accueil le droit de garde de votre enfant)

COMPOSITION FAMILIALE	Responsable légal 1			Responsable légal 2		
	Père	Mère	Tuteur	Père	Mère	Tuteur
Nom - Prénom						
Adresse						
CP – Ville						
T° domicile						
T° travail						
T° portable						
Profession						
Nom et adresse de l'employeur						

Régime de rattachement Sécurité Sociale (joindre justificatif)

Général/Fonctionnaire Agricole Maritime Autres

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant : Téléphone :/...../...../...../.....

L'enfant a-t-il un traitement à l'année : oui non

Si oui, lequel :

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

Fournir obligatoirement une ordonnance ou un PAI à jour

Vaccinations :

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Difficultés de santé :

Précisez les incidents (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation), les dates et les **précautions à prendre**

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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

Alimentaire oui non

Médicamenteuse oui non

Autres




.....

Précisez la cause de l'allergie, la conduite à tenir et joindre un certificat médical en cas de traitement






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

PIECES A FOURNIR

Pour inscription en garderie, cantine et ALSH

-  Dossier de liaison sanitaire : *Merci de remplir le plus précisément possible ce dossier afin que nous puissions accueillir votre enfant dans les meilleures conditions*
 -  L'attestation d'assurance individuelle
 -  La photocopie des vaccinations
-

Et pour compléter si inscription ALSH

-  En cas d'allergie alimentaire quelle qu'elle soit, apporter un certificat médical svp
-  Attestation CAF précisant le Quotient Familial
-  Pour les personnes non allocataires CAF fournir la dernière feuille d'imposition
-  Un justificatif de domicile (facture EDF, Téléphone, loyer, etc...)
-  Pour les couples divorcés ou séparés, merci de préciser quel mode de garde a été adopté et qui est autorisé à récupérer l'enfant et à quelle période.
(Copie du jugement).