MULTI-ACCUEIL MUNICIPAL
« LES LUTINS »

DOSSIER SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : ……

Prénom : ……

Date de naissance : …… / …… / …….

Nous vous conseillons de remplir ce dossier, muni du carnet de santé de l'enfant.
Ce dossier permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Cependant, il est conseillé de laisser le carnet de santé dans son sac pour toute la durée d'accueil.

Nom du médecin traitant : ……

Adresse : ……

……..

Tél. : ……

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date du dernier rappel
DT Polio Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite				Hépatite B	
				ROR Rubéole - Oreillons - Rougeole	
				Coqueluche	
				Haemophilus	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

MAIRIE DE VIGNEUX-DE-BRETAGNE
9, rue G.H. de la Villemarqué - BP 8 - 44360 Vigneux-de-Bretagne
Tél. 02 40 57 39 50 - fax 02 40 57 39 59
contact@vigneuxdebretagne.fr - www.vigneuxdebretagne.fr

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Cochez les maladies déjà contractées)

Rubéole		Varicelle		Rougeole		Oreillons		Convulsions	
Otite		Angine		Hépatite		Asthme		Eczéma	

Hospitalisations :
……
……
……
……

L'enfant a-t-il des allergies connues ?
……
……
……
……

Conduite à tenir ?
……
……
……
……

A-t-il des antécédents familiaux ?
……
……
……
……

Autres problèmes de santé ?
……
……
……
……

Mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé Oui ☐ Non ☐

RENSEIGNEMENTS UTILES

Date												
Age												
Poids												
Taille												

Recommandations utiles des parents :

……
……
……
……

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,……, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à ……, le …….

Signature des parents : Le père, La mère,

AUTORISATIONS DE SOINS ET D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Je, soussigné(e) Madame, Monsieur, (1) …… agissant en qualité de père, mère, tuteur (1) de l'enfant …….

- autorise la responsable du multi-accueil à prendre toutes dispositions médicales et chirurgicales urgentes qui seraient nécessaires à l'état de santé de mon enfant, dont l'hospitalisation préconisée par le médecin du SAMU.
- autorise l'établissement concerné à pratiquer toute intervention chirurgicale d'urgence.

Fait à ……, le …….

Signature des parents : Le père, La mère,

AUTORISATION PARENTALE POUR LA DELIVRANCE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Si besoin est, j'autorise la responsable du multi-accueil à donner à mon enfant …… :

- Antipyrétique, type paracétamol (en cas de fièvre) ☐
- Diaseptyl (en cas de plaie, de petit saignement) ☐
- Chlorhexidine (en cas de plaie, de petit saignement) ☐
- Hémoclar (en cas de coup, de bosse) ☐
- Gel Arnica (en cas de coup, de bosse) ☐
- Granules d'Arnica Montana (en cas de coup, de bosse) ☐
- Homéoplasmine (en cas d'irritation de la peau) ☐
- Sérum physiologique (pour le nettoyage du nez ou des yeux) ☐
- Biafine (en cas de brûlure, de coup de soleil) ☐

En cas d'érythème fessier, le personnel pourra appliquer la crème fournie qui se trouvera dans le sac de l'enfant.

Fait à ……, le …….

Signature des parents : Le père, La mère,