

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Photo récente
à coller ici

ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

Ecole Classe de rentrée

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

VACCINATIONS : (joindre la copie des vaccinations à jour)

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date des derniers rappels
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres	

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

ATTENTION : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

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 et inscrire le nom de l'enfant)

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine
OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSE OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES OUI NON

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : *OUI NON (joindre le protocole et toutes informations utiles)

* Si oui merci de compléter l'annexe 2

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

Verso à compléter →

Suit-il un régime alimentaire particulier ?

Si oui lequel : sans viande sans porc

LES DIFFICULTES DE SANTE :

Exemple : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez :

AUTORISATIONS :

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI NON
J'autorise le transport en véhicule de service et car de location : OUI NON

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

	RESPONSABLE 1 <input type="checkbox"/> M. ou <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Père ou <input type="checkbox"/> mère ou <input type="checkbox"/> Autre	RESPONSABLE 2 <input type="checkbox"/> M. ou <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Père ou <input type="checkbox"/> Mère ou <input type="checkbox"/> Autre
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
Tél. Portable		
IMPORTANT : indiquez un numéro auquel vous êtes joignable et veillez à le mettre à jour auprès du service en cas de changement.		
Médecin traitant : Nom, adresse, téléphone	Nom : Adresse : Téléphone :	

Personnes **majeures** habilitées à prendre en charge l'enfant à la fin du service d'accueil périscolaire ou à prévenir en cas d'urgence (en plus du responsable légal) :
à remplir obligatoirement (au moins un contact)

NOM	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :