

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

NUMERO ALLOCATAIRE CAF : _____

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérite				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					



Mon enfant est né avant 2018



Seules les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont exigées pour leur entrée en collectivité


Mon enfant est né à partir du 1^{er} janvier 2018

11 vaccins sont obligatoires pour leur entrée en collectivité (diphtérie, tétanos, poliomyélite + haemophilus influenzae B, coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, rubéole, méningocoque C, pneumocoque).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil périscolaire

Oui

Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.** A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES Oui Non

ASTHME Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES :

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

.....
P.A.I (projet d'accueil individualisé) : En cours Oui (joindre le protocole et toutes informations utiles) Non

Précisez la cause du PAI :

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui Non

DES LUNETTES : Oui (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) Non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) Non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) Non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire) :

.....
.....

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

5. EN CAS D'URGENCE

Médecin à prévenir de préférence :

Tél :

Lieu médical souhaité en cas d'urgence (Hôpital ou Clinique) :

En cas d'urgence, je soussigné, M. ou Mme autorise le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale avec anesthésie générale sur mon enfant désigné ci-dessus.

Numéro de sécurité sociale (couvrant l'enfant) :

Je soussignée, 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 :