

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					



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



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

ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐ AUTRES :

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 :