

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / Année scolaire 2021-2022



UNE FICHE A REMPLIR PAR ENFANT.

L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : MASCULIN FÉMININ

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

Une photocopie vaut certificat de vaccination s'il porte le nom 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 Tétra coq					
BCG					

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.

Nom du médecin traitant

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 AIGÛ 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

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

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : OUI NON

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre** :

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

3- INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il : (*au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

- * DES LUNETTES* : oui non
- * DES LENTILLES* : oui non
- * DES PROTHÈSES AUDITIVES* : oui non
- * DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE* : oui non
- * AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4- AUTORISATION

- ☺ J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non
- ☺ J'autorise mon enfant à être maquillé pour certaines activités : oui non

5- LES PARENTS DE L'ENFANT

NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE CODE POSTAL / COMMUNE		
TÉLÉPHONE FIXE		
PORTABLE		
TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL		

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 seul(s) habilité(s) à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature