

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023 - 2024

1. ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Cette fiche est un document obligatoire pour l'accueil de votre enfant sur les différents dispositifs (périscolaire et extrascolaire) et vous sera demandée à chaque inscription.

2. VACCINATIONS (joindre photocopies des vaccins)

| VACCINS | DATES DU DERNIER RAPPEL | VACCINS | DATES DU DERNIER RAPPEL |
|---|-------------------------|----------------|-------------------------|
| Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche* | | R.O.R.* | |
| BCG | | Pneumocoque* | |
| HÉPATITE B* | | Autres : _____ | |

* Vaccins obligatoires

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

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

| L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES | | | ALLERGIES |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> RUBÉOLE | <input type="checkbox"/> RHUMATISME | <input type="checkbox"/> OTITE | <input type="checkbox"/> ASTHME <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSE <input type="checkbox"/> AUTRES : _____ |
| <input type="checkbox"/> VARICELLE | <input type="checkbox"/> SCARLATINE | <input type="checkbox"/> ROUGEOLE | |
| <input type="checkbox"/> ANGINE | <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> OREILLONS | |
| | | | |

l'enfant suit un **traitement médical**.

Si **oui**, joindre obligatoirement son Projet d'Accueil Individualisé.

Aucun médicament ne pourra être administré sans PAI (voir règlement intérieur – services périscolaire et extrascolaire).

Allergies : Précisez la cause de l'allergie et la **conduite à tenir**

Indiquez ci-après les difficultés de santé : Indiquez les difficultés de santé de l'enfant. (maladie, accident, crises convulsives, opération, etc.) en indiquant les dates et les **précautions à prendre**.

4. PROPRETE DE L'ENFANT (pour les enfants de moins de 6 ans) :

Mon enfant : est propre Oui Non **porte des couches** Oui Non

Observations :

5. Recommandations utiles. L'enfant porte-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.

6. Responsable de l'enfant

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TÉL FIXE : _____ TÉL PORTABLE : _____ TÉL PRO : _____

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT : _____

Je soussigné(e), _____ responsable de l'enfant _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature du responsable :