



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Nom et prénom de l'enfant :

Garçon

Fille

Date de naissance :

Cette fiche permet de recueillir des renseignements médicaux utiles concernant votre enfant. Il est important de bien la remplir.

1- VACCINATIONS (à joindre la copie du carnet de santé)

ENFANT NE AVANT 2018 3 VACCINS OBLIGATOIRES

* DTP (Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite)

ENFANT NE A PARTIR DU 01 JANVIER 2018 11 VACCINS OBLIGATOIRES

- * DTP (Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite)
- * Coqueluche
- * Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b
- * Méningocoque de sérogroupe C
- * Rubéole - Oreillons - Rougeole
- * Hépatite B

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

> 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 marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

> L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- | | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rougeole | |

> ALLERGIES

- | | | | | | |
|--------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Asthme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Alimentaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Autres | | |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler - si certificat médical, joindre une copie, PAI à fournir obligatoirement)

> Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc) et précisez les dates et les précautions à prendre

.....

> L'enfant est-il porteur d'un handicap ? Oui Non

> Si oui, indiquez lequel et précisez les précautions à prendre (fournir attestation MDPH / AEEH lors de l'inscription)

.....

3- AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

> L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ? Oui Non

Si oui, précisez :

> Noms et téléphones des personnes à prévenir en cas d'urgence

.....

> L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

> Si oui, dernière date de signature : Le PAI signé doit impérativement être joint.

> Nom et téléphone du médecin traitant

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence (examen médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à régler les frais qui en résulteraient.

Fait à, le