



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 – ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
ANNEE SCOLAIRE : _____	CLASSE :
ECOLE : _____	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CE DOCUMENT PERMET DE NOTER LES INFORMATIONS IMPORTANTES DURANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant ou joindre une photocopie de la page vaccinations du carnet de santé).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B					
Infections invasives à pneumocoque					
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
Infections invasives à pneumocoque					
Rougeole, oreillons et rubéole					
Méningocoque de sérogroupe A, B, C, W et Y					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** qui nécessite une prise pendant les temps périscolaires ? oui ☐ non ☐

Si oui, merci de nous fournir une ordonnance à jour et une autorisation d'un des représentants légaux du mineur pour que la directrice de l'accueil périscolaire administre les médicaments/soins. Attention, la prise de médicaments n'est possible qu'en cas de traitement ponctuel (antibiotique, doliprane...)

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) doit être établi avec la directrice d'école et le service vie scolaire en cas de maladie chronique.

Merci de transmettre à la directrice de l'accueil toute information concernant la santé de l'enfant, ne nécessitant pas de traitement médical, mais utile pour mieux l'accompagner.

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

Toute allergie médicamenteuse doit être indiquée ci-dessous

DIFFICULTÉS DE SANTÉ nécessitant d'être transmises à l'équipe d'animation (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) ainsi que les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation).

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Nom, Prénom :

Signature :