

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

<b>Nom de L'enfant</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	<b>Sexe : F</b> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/>
<b>NOM du responsable légal :</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Ecole</b>	<b>Classe</b>

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles et nécessaires pendant les séjours ou les activités de l'enfant durant l'année scolaire, elle évite ainsi de vous démunir de son carnet de sante.*

- **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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication à noter : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication*

- **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

- L'enfant suit-il un **traitement médical**? **OUI**  **NON**
- Si oui joindre le PAI et une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage **d'origine** marquées au nom de l'enfant et avec la notice) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**
- **L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBÉOLE			VARICELLE			ANGINE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ			SCARLATINE		
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON
COQUELUCHE			OTITE			ROUGEOLE			OREILLONS					
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON			

**ALLERGIES :** Asthme **OUI**  **NON**  Alimentaires : **OUI**  **NON**

Médicamenteuses : **OUI**  **NON**  Autres :

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

**INDIQUÉZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES  DES LUNETTES  DES PROTHÈSES AUDITIVES

DES PROTHÈSES DENTAIRES  AUTRES... PRÉCISEZ.

**RESTAURATION SCOLAIRE :**

Votre enfant a-t-il un régime spécial, une intolérance ou allergie alimentaire ? oui  non

**Si oui joindre un PAI (protocole d'accueil individualisé) en mairie**

**Si oui lequel ?**

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

NOM .....PRÉNOM .....

ADRESSE (si différente de celle de l'enfant).....

..TÉL :DOMICILE : .....TRAVAIL : .....PORTABLE :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

.....

Combien de parents vivant avec l'enfant ont une activité professionnelle 1  2

Nom(s) du ou des employeur(s) .....

.....

.....

ASSURANCE civile :.....N° du contrat.....

*Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité (scolaire ou périscolaire) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

*Je certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement de la restauration scolaire.*

***Date et signature du responsable légal***

**Le**