

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

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 | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou 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 AIGÜ | | | | 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)

.....
.....

INDIQUEZ 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

NOMPRÉNOM

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 des responsables légaux

Le