



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-ENFANT :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ___/___/___

 Garçon Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES TEMPS D'ACCUEIL DE L'ENFANT.

2-VACCINATIONS:

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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 de l'enfant 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 nonMÉDICAMENTEUSES : oui nonALIMENTAIRES : oui non

AUTRES : _____

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

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non

Dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées):

 oui non en cours (Si oui : AVS : oui non)

Régime alimentaire particulier: _____

INDIQUEZ CI-APRÈS:

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

4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS: VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE T'IL SON LIT ? oui occasionnellement non
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5-RESPONSABLES DE L'ENFANT: Situation familiale : _____
NOM(S) et PRÉNOM(S) : _____
ADRESSE: _____

Numéros de téléphones :

Mère : Autorité Parentale : oui non

Domicile : _____ **Portable :** _____ **Travail :** _____

Père : Autorité Parentale : oui non

Domicile : _____ **Portable :** _____ **Travail :** _____

Nom, adresse et téléphone du Médecin traitant (facultatif) : _____

Numéro de Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant : _____

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

Date : _____ Signature : _____

Merci de plier et de glisser à l'intérieur de cette double feuille les documents suivants :

OBLIGATOIRE

- Photocopies du carnet de vaccination (le nom de l'enfant doit figurer sur chaque feuille)

SI CONCERNÉ

- Autres documents médicaux
- Copie du PAI
- Copie de la notification MDPH