

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACCUEIL PERISCOLAIRE
MEREV2LOULOU

ANNEE 2023/2024

Document confidentiel

L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Fille :

Garçon :

1) Vaccinations (fournir obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

11 Vaccinations obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels
Antidiphtérique			
Antitétanique			
Antipoliomyélitique			
Coqueluche			
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b			
Hépatite b			
Pneumocoque			
Méningocoque de sérotype C			
Rougeole			
Oreillons			
Rubéole			
Autres (à préciser)			

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

2) Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Poids :kg Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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).

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 aigu	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 <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Alimentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autres (plantes, pollen...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Précisez

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé : oui non

Si oui, précisez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre** :

.....
.....
.....
.....

4) Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, etc...

Précisez :

.....
.....
.....
.....

Doit-il les garder le temps libre ? oui non

5) Responsables de l'enfant :

Nom :Prénom :

Adresse :

Tél domicile : __/__/__/_/___ Tél portable : __/__/__/_/___ Tél travail : __/__/__/_/___

Nom :Prénom :

Adresse :

Tél domicile : __/__/__/_/___ Tél portable : __/__/__/_/___ Tél travail : __/__/__/_/___

Nom du médecin Traitant : Tél : __/__/__/_/___

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'Accueil Périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation.....) rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

Au cas où l'état de santé de l'enfant le nécessiterait, le personnel encadrant fera appel aux pompiers.