|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | 1 – **ENFANT**NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : GARÇON  FILLE  |

## CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1. - **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 |  |  |  | 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

# - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui  non 

**Si oui, remplir un PAI et** 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 et sans PAI

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

non

oui

non

oui

non

oui

non

oui

**OREILLONS**

**ROUGEOLE**

**OTITE**

**COQUELUCHE**

**SCARLATINE**

**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ**

**ANGINE**

**VARICELLE**

**RUBÉOLE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui |  |  | non |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui |  |  | non |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui |  |  | non |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui |  |  | non |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui |  |  | non |  |

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non 

ALIMENTAIRES 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, ETC…PRÉCISEZ.

S’IL S’AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

1. - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM PRÉNOM ADRESSE

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : Père : domicile :

portable : portable :

travail : travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

**En cas d’urgence** si les parents ou responsables ne peuvent être avertis, les employées de la garderie doivent contacter :

Mme/Mr …………………………..………………………………..…………………. Tél. : ………………….………………………

Mme/Mr ………………………………………………..……………..………………. Tél. : …………….……………………………

En cas d’urgence, j’autorise les employées communales en charge de la surveillance de mon ou mes enfant(s) à la garderie périscolaire de Charvonnex d’appeler les services concernés (SAMU, Pompiers) et à les emmener dans la structure hospitalière suivante :

………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………

*Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,*

*toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J’autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l’hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale :

Date : Signature :