FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

Nom : ..... Prénom : .....
Date de naissance : .....
N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant : .....
□ CPAM □ CMU □ Autres.....

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination 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.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui □ Non □
(si oui joindre une ordonnance récente, aucun médicament ne peut être donné sans ordonnance)

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
COQUELUCHE		ROUGEOLE		OTITE		OREILLONS			

ALLERGIES : Asthme oui □ non □ Médicamenteuses oui □ non □
Alimentaires oui □ non □ Autres ….....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (joindre le dernier PAI)
….....

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

….....

L'ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

….....

Médecin traitant : ..... Ville : ..... Tel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Je soussigné, ... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : SIGNATURE :