

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 2024/2025

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

VACCINATIONS:(joindre la copie des vaccinations à jour)

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date des derniers rappels
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
ATTENTION : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

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 marqués au nom de l'enfant avec la notice)

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	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 MEDICAMENTEUSE : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON AUTRES : OUI NON

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : OUI NON

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A
TENIR.....

Suit-il un régime alimentaire particulier ?

LES DIFFICULTES DE SANTE : exemple:(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.....

AUTORISATIONS :

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :

OUI NON

J'autorise le déplacement à pied dans le village :

OUI NON

Nom, adresse et tél. du médecin traitant :

Personnes majeures (ou frères et sœurs) habilitées à prendre en charge l'enfant à la fin du service d'accueil périscolaire ou à prévenir en cas d'urgence (en plus du responsable légal) : à remplir obligatoirement (au moins un contact)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant

Je soussigné(e),
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : / /

Signature :