

# Fiche Sanitaire de Liaison 2022-2023

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.*

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :	
Nom :	Prénom :		
Adresse :			

### **I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Date		Dernier rappel	Vaccins recommandés	Date	
	oui	non			oui	non
Diphtérie				Hépatite B		
Tétanos				Rubéole		
Poliomyélite				Coqueluche		
ou DT polio				Autres ( <i>préciser</i> )		
ou Tétracoq						
B.C.G.						

*Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.*

### **II - Renseignements médicaux :**

L'enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I)\* ?  oui  non

*\*Si oui, le P.A.I est à remettre au Service Enseignement et Vie Scolaire au moment de l'inscription aux services périscolaires et/ou extrascolaires.*

*Si traitement médical, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).*

**Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### **Allergies :**

Médicamenteuses  oui  non      Asthme  oui  non  
Alimentaires  oui  non      Autres  oui  non

### **Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

---

---

---

---

---

---

---

---

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

---

---

---

---

### **III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

---

---

---

---

---

---

---

---

### **IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, 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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

---