



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) *pas de photocopie*

VACCIN OBLIGATOIRE	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS <i>Non obligatoires à être notés</i>	DATES
DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	<input type="checkbox"/> NON SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION	Hépatite B	
		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Coqueluche	
		Le pneumocoque	
		le méningocoque C	
		l'Haemophilus b	

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Traitement médical : Oui Non Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
 Si oui, joindre **une ordonnance** récente et **les médicaments** correspondants
(boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

P.A.I en cours (projet d'accueil individualisé) : Oui Non **(joindre le protocole et toutes informations utiles)**

Allergies :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

.....

3 - RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

(Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne, ...)

.....

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
 TÉL. FIXE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ TÉL PORTABLE : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 TÉL TRAVAIL : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 NOM DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)
 N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE : ____ / ____ / 20__

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : _____