



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Date : \_\_\_\_\_

NOM : _____	PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____	<input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/> 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 <small>Non obligatoires à être notés</small>	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 : \_\_\_\_\_