

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	GARÇON : <input type="checkbox"/> FILLE : <input type="checkbox"/>

1- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
INFANRIX HEXA				HEPATITE B	
ou INFANRIX QUINTA				MENINGITE C	
ou REPEVAX				BGC	
ou BOOSTRIX				ANTI PNEUMOCOCCIQUE (PREVENAR)	
ou TETRAVAX				AUTRES A PRECISER	
ROUGEOLE OREILLONS RUBEOLE					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- 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 (Si automédication le signaler)**.

.....

.....

L'enfant 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

.....

.....

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

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

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc, précisez :

.....
.....

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : **PRENOM :**

ADRESSE :

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE**

N° de Sécurité Sociale :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

5 – P.A.I. (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) : **OUI** **NON**

Joindre la copie au dossier

6 – VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ? **OUI** **NON**

Je soussigné,responsable
légal de l'enfant, 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 mon enfant.

DATE :

SIGNATURE :