



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021/2022

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant en évitant de vous démunir de son carnet de santé. Aucune copie n'est conservée à la mairie.

Elle est obligatoirement conservée par la directrice du service pour être remise au médecin en cas d'urgence.

Important : SIGNALEZ AU PLUS TOT toutes modifications des renseignements portés sur cette fiche.

### L'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  F  M

Taille : ..... Poids : .....

### Vaccinations

Joindre les copies du carnet de santé ou un certificat de vaccinations de l'enfant :

DT Polio Coqueluche (obligatoire)

Dernier rappel le : ...../...../.....

Hépatite B (recommandé)

Dernier rappel le : ...../...../.....

Rubéole-Oreillon-Rougeole  
(recommandé)

Dernier rappel le : ...../...../.....

Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aiguë	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

#### Allergies :

Asthme :  Oui  Non  
Alimentaire :  Oui  Non  
Médicamenteuse :  Oui  Non  
Autre .....  Oui  Non

**En cas d'allergie ou de traitement médical, un Protocole d'Accueil Individualisé établi par le médecin scolaire sera exigé.**

**Détails des allergies :**

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

L'enfant aura-t-il besoin d'un accompagnement spécial (A.V.S ...) ?  Oui  Non

*Si oui, prendre obligatoirement contact avec la directrice de l'ALSH.*

**Recommandations utiles des parents :**

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

**Précisez les modalités d'usage :**

**Médecin traitant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Ville : ..... Téléphone : .....

Personnes à joindre en priorité en cas d'accident ou problème médical :

Nom / Prénom	Lien de parenté	Téléphones fixe + portable

Je soussigné(e) Mme, M. .... agissant en qualité de responsable légal de l'enfant désigné sur cette fiche, déclare exact et complets les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à signaler au plus tôt toutes modifications de ces renseignements et autorise la responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : ....., le : .....

**Nom et signature obligatoire des 2 parents :**