



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018/2019

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 :