

# 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) :

<u>VACCINS OBLIGATOIRES</u> pour tous	Nom du vaccin	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (D.T.P)		
<u>VACCINS RECOMMANDES</u> pour tous. <u>OBLIGATOIRES</u> pour les enfants nés à partir du <b>01/01/2018</b>		
HEPATITE B		
ANTI PNEUMOCOCCIQUE (Prévenar....)		
MENINGITE C		
ROUGEOLE, OREILLONS, RUBEOLE (R.O.R)		
HAEMOPHILIUS INFLUENZA B		
AUTRES A PRECISER .....		

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... 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

Percevez-vous une allocation d'éducation pour votre enfant (A.E.E.H)

OUI  NON

Joindre une attestation

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 :