

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA PRÉSENCE
DE VOTRE ENFANT A L'ÉCOLE

2 - **VACCINATIONS** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).**JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINS OBLIGATOIRES.**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NO N	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				B.C.G.	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT****L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**Rubéole : oui non Varicelle : oui non Angine : oui non Coqueluche : oui non Otite : oui non Rougeole : oui non Oreillons : oui non Scarlatine : oui non Rhumatisme articulaire aigu : oui non **ALLERGIES :**ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

- **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE DOMICILE : PORTABLE :

6 - NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

.....
.....
.....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ____ / ____ / ____

Signature des représentants légaux :