***Commune de MontussanEcole Maternelle 2024 / 2025***

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** | **NON** | **DATE DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rougeole-Oreillons-Rubéole |  |
| 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 ?**

Rougeole : oui □ non □ Varicelle : oui □ non □ Angine : oui □ non □

Coqueluche : oui □ non □ Otite : oui □ non □ Rubéole : 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 : / /

**Signatures des représentants légaux** :