



FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom du médecin traitant :

Tél.

1 – VACCINATION

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser) :	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Poids :	Taille :
Le mineur présente-t-il un problème de santé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui précisez :	
Suit-il un traitement médical ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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)	
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.	
Renseignements nécessaires en cas d'urgence :	

3 – ALLERGIES

Alimentaires	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autres (animaux, plantes, pollen...) :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Précisez :		
Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.		
Existe-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

4 – RECOMMANDATIONS UTILES

(Port des lunettes, lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie etc...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Votre enfant a-t-il un aménagement scolaire ou une notification de la maison départementale de l'autonomie :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez :		

ATTESTATION	
Je soussigné (e)	
Responsable légal de l'enfant	
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire, - Autorise les responsables de structures : cantine, garderie, centre de loisirs et accueil Ados à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires selon l'état de santé de mon enfant.	
RESPONSABLE 1 Date : Signature :	RESPONSABLE 2 Date : Signature :