

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire : 20...../20.....
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Ecole / Service Enfance Jeunesse
 Document confidentiel
 remis aux services d'urgence en cas d'accident
 Garçon Fille
 N° Sécu. S :

Nom / Adresse / N° Tel du médecin traitant :

1/ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|------------------------|-------------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non
 Si oui, il sera peut-être nécessaire d'établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) pour autoriser la prise du traitement (voir avec les directeurs écoles et ALSH).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | SCARLATINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU |
|---|---|---|---|---|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES :

Alimentaires : Oui Non Médicamenteuses : Oui Non
 ASTHME : Oui Non AUTRES :
 (Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir)

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : Oui Non
 (Joindre le protocole et toutes informations utiles).....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

3/ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à remplir obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui Non
 DES LUNETTES : Oui Non
 DES PROTHESES AUDITIVES : Oui Non
 DES PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE : Oui Non

Au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS (Précisez) / Si votre enfant bénéficie d'un suivi régulier (orthophonique, psychologique...), il est utile de le porter à la connaissance de l'école et d'indiquer le nom de la personne qui assure le suivi :

4 / RESPONSABLES DE L'ENFANT

Père
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Tel perso :
 Tel pro :
 Mère
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Tel perso :
 Tel pro :

Autre (Tuteur légal)

Nom du médecin traitant :
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Tel perso :
 Tel pro :

Je soussigné(e), , responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à Le.../...../20..... Signature :