



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1- ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ GARÇON  FILLE

### 2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant **et joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination**).

VACCINS OBLIGATOIRES pour les enfants nés après le 01/01/2018	DATES	VACCINS OBLIGATOIRES pour les enfants nés après le 01/01/2018	DATES
Diphtérie*		Hépatite B	
Tétanos*		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite*		Coqueluche	
Haemophilus influenzae B		Pneumocoque	
Méningocoque C		Autres (préciser)	

\* Vaccins obligatoires pour tous les enfants

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

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

**Allergies** : ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir. En cas d'allergie grave, un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) sera mis en place.

L'enfant fait-il l'objet d'un suivi la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) : oui non

Et si oui, quels sont les handicaps : \_\_\_\_\_

**AUTRES** \_\_\_\_\_

#### Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.



**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

**Observations diverses :**

---

---

En cas de régime alimentaire, précisez :      SANS VIANDE                      SANS PORC

**4- RESPONSABLES DE L'ENFANT****Responsable n°1 :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Responsable n°2 :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), 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'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

