

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON

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.

L'enfant bénéficie-t-il d'un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** : oui non

Si oui, pour quel motif ? _____

Faire parvenir le P.A.I. à la structure périscolaire avant la rentrée scolaire.

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 :

