

Fiche Sanitaire de Liaison 2022/2023

1-ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ___ / ___ / ___ Sexe : Garçon Fille

2-VACCINATIONS (Veuillez joindre la photocopie des vaccins)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				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 médical de contre-indication (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)

3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

• Votre enfant dispose t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) en cours ?

Oui Non Si oui veuillez joindre une photocopie

• Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant)

• Nom et téléphone du médecin traitant : _____

•L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Typhoïde	oui	non	Rougeole	oui	non
Coqueluche	oui	non	Rhumatisme articulaire aigu	oui	non
Diphtérie	oui	non	Scarlatine	oui	non
Otite	oui	non	Varicelle	oui	non
Oreillons	oui	non	Autres(préciser)	oui	non

• Allergies

	oui	non		oui	non
Asthme			Médicamenteuses		
Alimentaires			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 lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires.... _____

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

5-RESPONSABLE DE L'ENFANT

	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
Commune	-----	Commune	-----
Tel domicile		Tel domicile	
Tel mobile		Tel mobile	

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le _____ responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE ET SIGNATURE :