



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ANNEE 2015 – 2016

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

ENFANT :  Fille  Garçon /  Moguerou  Ange Gardien / Classe : .....

NOM : ..... Prénom : .....

ADRESSE : .....

Date et lieu de naissance : .....

RESTAURANT SCOLAIRE  ACCUEIL LOISIRS  ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS

### 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de sante ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DERNIER RAPPEL | VACCINS RECOMMANDES | OUI | NON | DATE |
|----------------------|-----|-----|----------------|---------------------|-----|-----|------|
| diphtérie            |     |     |                | hépatite B          |     |     |      |
| tétanos              |     |     |                | rubéole             |     |     |      |
| poliomyélite         |     |     |                | coqueluche          |     |     |      |
| ou DT polio          |     |     |                | autres (préciser)   |     |     |      |
| ou tétracoq          |     |     |                |                     |     |     |      |
| B.C.G.               |     |     |                |                     |     |     |      |

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les Vaccins obligatoires. **Nota** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical**  OUI  NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant)

Attention, **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

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

### ALLERGIES

médicamenteuses  OUI  NON  
 alimentaires  OUI  NON  
 régime alimentaire  OUI  NON  
 autres  OUI  NON

asthme  OUI  NON

} joindre un certificat médical

### Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
 .....  
 .....

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

.....  
 .....

### 3 – RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....  
 .....

### 4 - RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

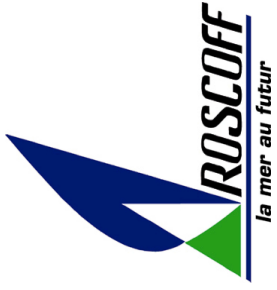
.....  
 .....

Domicile ..... Travail ..... Portable.....

N° S.S. : .....

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : ..... Date : .....



## AUTORISATIONS

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (ou mes) enfants(s) :

| NOM - Prénom   | Adresse        | téléphone | Lien de parenté |
|----------------|----------------|-----------|-----------------|
| .....<br>..... | .....<br>..... | .....     | .....           |
| .....<br>..... | .....<br>..... | .....     | .....           |
| .....<br>..... | .....<br>..... | .....     | .....           |
| .....<br>..... | .....<br>..... | .....     | .....           |