

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	
NOM :	PRENOM :

1. L'ENFANT :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
 Taille : cm
 Poids : kg
 Numéro de sécurité sociale sur lequel est enregistré l'enfant :

2. VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins	Oui	Non	Derniers rappels
DTP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningite (Haemophilus influenzae)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant a-t-il un PAI ? ☐ 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).
 - Joindre le PAI de l'enfant.
- Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et/ou PAI.

L'enfant bénéficie-t-il d'une reconnaissance handicap, AEEH ? ☐ Oui ☐ Non
 (Si oui, merci de nous joindre une attestation qui confirme l'AEEH)

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

- **Rubéole** : ☐ Oui ☐ Non
- **Varicelle** : ☐ Oui ☐ Non
- **Angine** : ☐ Oui ☐ Non
- **Rhumatisme articulaire aigu** : ☐ Oui ☐ Non
- **Scarlatine** : ☐ Oui ☐ Non
- **Coqueluche** : ☐ Oui ☐ Non
- **Otite** : ☐ Oui ☐ Non
- **Rougeole** : ☐ Oui ☐ Non
- **Oreillons** : ☐ Oui ☐ Non

4. ALLERGIES :

- Asthme : ☐ Oui ☐ Non
- Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non
- Alimentaires : ☐ Oui ☐ Non
- Autres : ☐ Oui ☐ Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

5. RECOMMANDATIONS UTILES

Notez toutes les informations que vous jugerez utiles pour les animatrices et le bien-être de votre enfant : (ex. : port de lunettes, appareils, difficultés de communication, propreté, règles précoces...)

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

6. RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable 1 : Nom : Prénom :

Adresse :

.....
.....

Responsable 2 : Nom : Prénom :

Adresse (si différente du responsable 1) :

.....
.....

Numéros de téléphone :

Responsable 1 : Domicile : Portable : Travail :

Responsable 2 : Domicile : Portable : Travail :

7. MÉDECIN TRAITANT :

Nom-Prénom :

Téléphone :

Adresse :

DÉLÉGATION DE POUVOIR

En cas d'urgence, et selon l'évolution de l'état de santé de l'enfant, la direction pourra décider de faire appel aux secours (SAMU, pompiers, centre antipoison...). En cas d'accident, le protocole d'urgence sera appliqué pour permettre une prise en charge rapide. Les responsables légaux seront informés le plus rapidement possible.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, autorise la délégation de pouvoir comme indiqué ci-dessus.

Fait le : À :

Signature :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter les conditions précisées dans le dossier.

Fait le : À :

Signature

