

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**1 – ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de Naissance : .././.... Garçon :  Fille :

**2 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	1 <sup>re</sup> injection	2 <sup>eme</sup> injection	3eme injection	Rappel	2eme rappel
Diphtérie							
Tétanos							
Ou DT polio							
Ou Tétracoq							

*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

*Pour être efficace, la vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans*

**3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'activité ?    **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 a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	VARICELLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ANGINE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE OU AIGU Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	RUBEOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
COQUELUCHE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OTITE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ROUGEOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OREILLONS Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	

**ALLERGIES :**            **Asthme**            Oui  Non             **Médicamenteuses** Oui  Non   
                                  **Alimentaires**    Oui  Non             **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**. **Le PAI est obligatoire.**  
**Merci de vous rapprocher de l'enseignant de votre enfant pour le mettre en place.**

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

#### **4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez

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

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

#### **5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM** : Mme/Mr ..... **Prénom** .....

**ADRESSE** .....

.....

**Téléphone fixe et portable : domicile** ..... **Bureau** .....

**Adresse mail personnelle** : .....

**Nom et téléphone du médecin traitant** (*facultatif*)

**N° Allocataire** (*Caisse d'Allocations Familiales*) : .....

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche

Date : .....

Signature :