

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge en dehors du temps de classe. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

ENFANT :

Nom : _____

Prénom : _____

 Sexe : M F

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins facultatifs	Oui	Non	Dernier rappel
Diphthérie	_____	_____	_____	Hépatite B	_____	_____	_____
Tétanos	_____	_____	_____	Rubéole	_____	_____	_____
Poliomyélite	_____	_____	_____	Coqueluche	_____	_____	_____
ou DT polio	_____	_____	_____	B.C.G.	_____	_____	_____
ou Tétracoq	_____	_____	_____	Autres (préciser)	_____	_____	_____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

 L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ? Oui Non

Si oui, joindre le **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant). **ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.**

Allergies :

 Médicamenteuses : Oui Non Asthme : Oui Non

 Alimentaires : Oui Non Autre : Oui Non

 Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

 Percevez vous l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : Oui Non

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

RECOMMANDATIONS UTILES :

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

RESPONSABLE LEGAL(E) :

Nom : _____

Prénom : _____

Tél. Portable : _____

Tél. Domicile : _____

Tél. Travail : _____

Nom et téléphone du ou de la médecin traitant (facultatif) : _____

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

Date : _____

Lu et approuvé

Signature