

|  |  |
| --- | --- |
| FICHE SANITAIREDE LIAISON | 1. **ENFANT**

NOM : …………………………………………………………………..PRENOM : ……………………………………………………….......DATE DE NAISSANCE : …………………………………………..GARCON ❑ FILLE ❑ |

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS OBLIGATOIRE | Oui | Non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyelite |  |  |  | Coqueluche |  |
| Ou DT Polio |  |  |  | Autres (présiser) |  |
| Ou Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

1. **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLEOui ❑ Non ❑ | VARICELLEOui ❑ Non ❑ | ANGINEOui ❑ Non ❑ | SCARLATINEOui ❑ Non ❑ | COQUELUCHEOui ❑ Non ❑ |
| OTITEOui ❑ Non ❑ | ROUGEOLE Oui ❑ Non ❑ | OREILLONS Oui ❑ Non ❑ | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUOui ❑ Non ❑ |

ALLERGIES :

ASTHME Oui ❑ Non ❑

MEDICAMENTEUSES Oui ❑ Non ❑

ALIMENTAIRES Oui ❑ Non ❑

AUTRES :

PRECEISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

(si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de sante (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions a prendre :

1. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc., précisez :

Je soussigné, responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

DATE : SIGNATURE :