

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – NOM ET PRENOM ENFANT :Fille/Garçon Né(e) le

2 – CERTIFICATS VACCINATION

Vaccins obligatoires	Dates des Derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie <input type="checkbox"/>	-----	Hépatite B <input type="checkbox"/>	-----
Tétanos <input type="checkbox"/>	-----	ROR <input type="checkbox"/>	-----
Poliomyélite <input type="checkbox"/>	-----	Coqueluche <input type="checkbox"/>	-----
Ou DTPolio <input type="checkbox"/>	-----	Autre (préciser) <input type="checkbox"/>	-----
Ou Tétracoq <input type="checkbox"/>	-----		

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de fond ?

Indications complémentaires :

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

Rubéole <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>
Varicelle <input type="checkbox"/>	Rhumatisme AA <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES Asthme Médicamenteuse Alimentaire Autre

PRECISEZ CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place ? (si oui, cochez)

Suit-il un régime alimentaire ? Précisez le régime :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4 – Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? Précisez

5 – MEDECIN TRAITANT

Nom/Prénom du médecin -----Téléphone -----Ville -----

6 – COMMENTAIRES/INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nom, date et signature du responsable légal :

Je soussigné(e) valide l'ensemble des informations et autorisations communiquées dans le dossier de mon enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire de liaison et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils périscolaires et m'engage à les respecter.

Le : -----

Nom du signataire et signature :