



FICHE SANITAIRE de LIAISON



Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant la santé de votre enfant.

1. ENFANT : Garçon Fille



NOM :

PRENOM :

DATE et LIEU de NAISSANCE :/...../..... à

2. VACCINATIONS



- Joindre la photocopie du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant

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

⚠ Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT



• L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre **obligatoirement** l'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 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

• L'enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME : OUI NON

MÉDICAMENTEUSES : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

AUTRES :

Précisez la ou les cause(s) de l'allergie et la conduite à tenir :

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

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : OUI NON

Un PAI peut être mis en place après sollicitation de la famille pour garantir l'accueil d'un enfant ayant des troubles de la santé ou des intolérances alimentaires identifiées.

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

J'accepte que les données de santé concernant mon enfant soient collectées uniquement dans le cadre des activités periscolaires et de l'Accueil de Loisirs.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des :

Lunettes

Lentilles

Prothèses auditives

Prothèses dentaires

Autres, précisez :

5. REGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? :

OUI

NON

Si oui, précisez :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

Le/...../.....

Signature :