

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

Enfants

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de l'année.

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

	VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
6 ans	Diphtérie				Hépatite B	
	Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
	Poliomyélite				Coqueluche	
	Ou DT polio				BCG	
	Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	VARICELLE	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	ROUGEOLE	OREILLONS
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES ALIMENTAIRES : non oui

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES : non oui

ASTHME oui non **AUTRES** :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? non oui

L'enfant a-t-il un PAI ? non oui (joindre le PAI)

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

.....
.....

Pour les enfants en situation de handicap suivi par la MDPH ou rencontrant des difficultés
Veillez contacter la directrice pour organiser l'accueil de votre enfant.

4 - Recommandations utiles des parents :

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

Précisez.....
.....

L'enfant mouille-t-il son lit lors de la sieste ? non oui occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? non oui

Régime alimentaire spécifique : sans porc sans viande

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Père/mère domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père/mère domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Autres.....: domicile : _____ portable : _____

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

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

Personnes habilités à venir chercher l'enfant

Je soussigné(e) Nom Prénom

Responsable de l'enfant Nom Prénom

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Parents numéro 2 : Nom.....Prénom.....

Nom Prénom Tél lien parenté

Nom Prénom Tél lien parenté

Nom Prénom Tél lien parenté

Date:

Signature: