FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

I/ L'ENFANT

NOM.....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE ..... Fille ☐ Garçon☐

ECOLE :..... NIVEAU .....

II/ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Liste des vaccins			Vaccins obligatoires enfants nés avant le 01/01/2018	Vaccins obligatoires enfants nés après le 01/01/2018	Vaccin réalisé		Date du dernier rappel
DT Polio (diphtérie, tétanos, poliomyélite)			Oui	Oui	oui☐	non☐	
Coqueluche			Non	Oui	oui☐	non☐	
Haemophilus influenzae B			Non	Oui	oui☐	non☐	
Hépatite B			Non	Oui	oui☐	non☐	
Méningocoque C			Non	Oui	oui☐	non☐	
Pneumocoque			Non	Oui	oui☐	non☐	
Rougeole, Oreillons, rubéole			Non	Oui	oui☐	non☐	
BCG			Recommandé		oui☐	non☐	
Autre					oui☐	non☐	

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

III/ 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 leur notice). **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance**

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
Oui☐ Non☐	Oui☐ Non☐	Oui☐ Non☐	Oui☐ Non☐	Oui☐ Non☐	Oui☐ Non☐	Oui☐ Non☐	Oui☐ Non☐	Oui☐ Non☐

Indiquez des difficultés de santé de votre enfant (maladie, crises convulsives, accident, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre.

Votre enfant a des difficultés de santé nécessitant un PAI ? oui ☐ non ☐

Si oui, nous transmettre le PAI signé avec l'école où votre enfant est scolarisé et nous fournir un jeu de médicaments ainsi que l'ordonnance à jour.

Allergies :

Asthme	Médicament	Alimentaire	Autre
oui☐ non☐	oui☐ non☐	oui☐ non☐	Précisez :
	Précisez :	Précisez :	

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs, la conduite à tenir et éventuellement fournir une ordonnance et les médicaments.

IV/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Régime alimentaire :

☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ Autre : ……

Autorisations :

J'autorise mon enfant à être pris en photo ou filmé dans le cadre de nos accueils et que son image soit utilisée dans les supports pédagogiques et de communication

. interne des services (expositions dans les locaux de l'accueil, …) ☐ oui ☐ non

. externe des services (bulletin municipal, Facebook, etc.) ☐ oui ☐ non

J'autorise l'équipe pédagogique à appliquer de la crème solaire (fournie par vos soins ou par le centre de loisirs) sur mon enfant.

☐ Oui ☐ Non

J'autorise l'équipe pédagogique à appliquer du maquillage sur mon enfant.

☐ Oui ☐ Non

J'autorise mon enfant à prendre le bus, à se déplacer à pied ou en vélo lors des déplacements sur les différents temps d'accueil.

☐ Oui ☐ Non

V/ RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM	NOM
PRÉNOM	PRÉNOM
ADRESSE	ADRESSE
TÉLÉPHONE FIXE DOMICILE	TÉLÉPHONE FIXE DOMICILE
TÉLÉPHONE PORTABLE	TÉLÉPHONE PORTABLE
ADRESSE MAIL	ADRESSE MAIL
N° allocataire CAF	N° allocataire CAF

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT : ……

En tant que responsable légal de l'enfant, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : …… Signature