

## FICHE DE LIAISON SANITAIRE

1 – <b>ENFANT</b> Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

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
Diphtérie						Hépatite B	
Tétanos						Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite						Coqueluche	
ou DT polio						Autres (préciser)	
ou Tétracoq							

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 suit-il un **traitement médical** ?    oui     non

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants. **Les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice.**

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme		Scarlatine	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

**Allergies :**    asthme    oui  non     médicamenteuses oui  non   
                   alimentaires oui  non     autres.....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir** (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

## FICHE DE LIAISON SANITAIRE

**Indiquez** ci-après les éventuelles **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 lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

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

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....  
.....

Tél. fixe domicile : ..... Bureau : ..... Portable : .....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif).....

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

Date :

Signature :