

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur la santé de l'enfant et évite de vous démunir de son carnet de santé. Ce document confidentiel est à **transmettre sous enveloppe cachetée au responsable de l'accueil du mineur : Mme Delalande Betty**

1 – VACCINATIONS merci de compléter le tableau ci-joint **ou** de fournir une copie lisible des « pages vaccinations » du carnet de santé de l'enfant en mentionnant ses nom et prénom

VACCINS OBLIGATOIRES DTPolio	oui	non	DATE	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE DE LA DERNIERE INJECTION
1 ^{ère} injection à 2 mois				Hépatite B	
Injection à 3 mois (supprimée en 2013)				Rubéole-Oreillons-Rougeole (noter les 2 dates)	
Injection à 4 mois				Coqueluche présente avec les vaccins DTPolio sauf dans le REVAXIS® et le DTPolio®	
Injection vers 11 mois (à partir de 2013)				BCG	
Injection entre 16 et 18 mois (jusqu'en 2013)				Méningite (MENINGITEC® NEISVAC®, MENJUGATE®)	
Injection à 6 ans				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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? Oui non

Si oui, lequel ?

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSE oui non

 ALIMENTAIRE oui non AUTRES

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

.....
Indiquer **ci-dessous les renseignements médicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil** (ex, antécédents d'accidents, de crises convulsives, d'opérations, d'hospitalisations, de pathologies récurrentes (infections urinaires, constipation etc...). **Quelles sont les précautions à prendre et la conduite à tenir ?**

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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il :

DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Autres recommandations / Précisez :

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :