



Code de l'action sociale et des familles

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant: fille garçon Date de naissance : / /

Nom: _____ Prénom: _____

Accueil périscolaire à l'école de Fugières 38350 Saint Honoré

I- Vaccinations: (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

	Vaccins obligatoires		Dernier rappel		Vaccins recommandés		Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?				Otite	oui	non			
Rubéole	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Varicelle	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Rougeole	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Angine	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Oreillons	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Rhumatisme articulaire aigu					<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	

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

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

N° de tél. domicile: _____

N° de tél. mobile: _____

N° de tél. travail: _____

Adresse électronique:

Nom et tél. du médecin traitant:

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche.

Signatures (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :