



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.

<b>Enfant:</b>	<input type="checkbox"/>	filles	<input type="checkbox"/>	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			
<b>Rubéole</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<b>Coqueluche</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Varicelle</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<b>Rougeole</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Angine</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<b>Oreillons</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Scarlatine</b>	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>					<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 :