

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant l'enfant
(arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs)

NOM DE L'ENFANT : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____
 SEXE : M F Poids : ____ cm Taille : ____ kg

1-VACCINATION

- L'enfant est à jour des vaccinations obligatoires
 Joindre obligatoirement la **copie du carnet de vaccination** ou une **attestation rédigée par le médecin** traitant.

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccinations recommandées (obligatoires pour enfants nés à partir du 1/01/2018)	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus influenzae B	
Poliomyélite				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Autres vaccins recommandés			Dates	Hépatite B	
BCG				Pneumocoque	
				Méningocoque C	

- L'enfant n'est pas à jour des vaccinations obligatoires
 Je joins un certificat médical de contre-indication établi par le médecin traitant.
 A défaut, la situation vaccinale devra être mise à jour sous 3 mois. Au-delà l'enfant pourrait ne plus être accueilli.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant a-t-il besoin un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui Non
 Si oui, Protocole en cours, date de validité : _____ Nouveau protocole
 (joindre une **copie du protocole en cours** et la **fiche de demande/renouvellement de PAI**)
- Projet d'Education et d'Intégration Individualisée (PEII) : Oui Non
 Si oui, date de validité : _____ (joindre une **copie du protocole en cours**)
- L'enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ?
 Oui, laquelle _____ Non

- L'enfant suit-il un traitement médical particulier ? 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 la notice)

- L'enfant a-t-il des réactions allergiques (autres qu'alimentaires) ? Oui Non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la **cause de l'allergie**, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**

- L'enfant a-t-il des maladies chroniques ? (Asthme, convulsions, diabète, autres)

Précisez : _____
 Joindre un **certificat médical** précisant les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**

- L'enfant suit-il un régime alimentaire (sur **prescription médicale**) ? Oui Non

Si oui, lequel ? _____
 Joindre, si nécessaire, un **certificat médical** précisant la **conduite à tenir**

NB : Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

3-RECOMMANDATIONS UTILES / PRECAUTIONS A PRENDRE POUR LES ACTIVITES

- L'enfant est-il appareillé ? (port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres)

Précisez la conduite à tenir : _____

- Antécédents de santé ? (Maladie, accident, hospitalisation, opérations)

Précisez en indiquant la date : _____

4-MEDECIN TRAITANT

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Je, soussigné(e), _____

Responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de structures municipales à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date ____ / ____ / ____

Signature :