

## 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 :** \_\_\_\_ kg    **TAILLE :** \_\_\_\_ cm

### 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.

Vaccins obligatoires	Dates	Autres vaccins recommandés	Dates
Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite		Tuberculose	
Coqueluche		Méningocoque B	
Haemophilus influenzae B		Varicelle	
Hépatite B		Grippe	
Pneumocoque		Zona	
Méningocoque C		Infections à papillomavirus humains	
Rougeole, Oreillons, Rubéole		Rotavirus	

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.

### 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.**

## 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 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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.

Fait à Beauzelle, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Signature :**