



| | |
|--|----------------------|
| <h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1> | 1 – ENFANT |
| | NOM : DUFLOS |
| | PRÉNOM : Axel |
| | DATE DE NAISSANCE : |
| GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> | |

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant les accueils périscolaires (cantine – garderie) de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. **Elle sera détruite à la fin de l'année scolaire 2019-2020, et aucun duplicata ne sera réalisé, ni conservé.**

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | | | 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.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

.....

.....

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

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 le personnel de service, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le personnel de service à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale :

Date :

Signature :

PARTIE RESERVEE AU RESPONSABLE DE L'ALSH

N° agrément jeunesse et cohésion sociale :

Pour la Commune de Montbizot

Observations faites au cours de l'année scolaire 2019-2020

.....

.....

.....

.....