

## Fiche sanitaire de liaison de l'enfant

NOM :	PRENOM :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités organisées par le service périscolaire et restauration scolaire. Elle évite de vous munir du carnet de santé.

### **1-VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéoles-oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

En cas de maladie de votre enfant, vous devez fournir les médicaments et l'ordonnance correspondante (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 les allergies suivantes :

- Asthme : Oui  Non
- Alimentaires : : Oui  Non
- Médicamenteuse : : Oui  Non
- Autres : : Oui  Non

Si oui, précisez la case d'allergie, les signes évocateurs. Une demande de PAI est nécessaire.

.....  
 .....

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sou pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui  Non

.....  
 .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	OUI	NON	Angine	OUI	NON
Oreillons			Rougeole		
Varicelle			Coqueluche		
Otite			Scarlatine		
Rhumatisme articulaire					

### **2- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....  
 .....

### **3- RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM : .....PRENOM : .....

TEL PORTABLE : ..... TELTRAVAIL : .....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

.....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant):

.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

**Date :**

**Signature du responsable légal :**