



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.

Enfant :

Nom :
Prénom :
Sexe : fille garçon
Date de naissance : / /

I - Vaccinations :

Pour Rappel :

VACCINS OBLIGATOIRES	
Depuis 2018	
Diphtérie	Pneumocoque *
Tétanos	Méningocoque *
Poliomyélite	Haemophilus *
Coqueluche *	Rubéole-Oreillons-Rougeole *
Hépatite B *	

*Seulement recommandés pour les naissances avant 2018

- **COPIE DES VACCINATIONS obligatoires pour les petites sections, les renouvellements en cours d'année scolaire et les primo arrivants**
- Dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication du vaccin.

II - Renseignements :

L'enfant présente-t-il des **Allergies** :

- médicamenteuses oui non
- Alimentaires oui non
- Asthme oui non
- Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant les temps d'accueil ?

Oui Non

Pour toute allergie et/ou traitement médical une demande de PAI (Projet d'Accueil Individualisé) devra être formulée auprès de la direction de l'établissement scolaire et/ou du Service Education.

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ? Oui Non

Merci de bien vouloir fournir l'attestation de paiement de l'AEEH au nom de votre enfant. Ces données sont collectées dans le but d'adapter les moyens d'accueil.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Responsable n°1 : Nom : Prénom :

Adresse:

Tél. Portable : Travail :

Responsable n°2 : Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. portable : Travail :

N° de sécurité sociale qui couvre l'enfant :

Nom et tél. du médecin traitant :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :