



## 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'AAEH ?**  Oui  Non

Merci de bien vouloir fournir la notification d'attribution de l'AAEH délivrée par la **MDPH** 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 :