

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Joindre les photocopies des vaccins du carnet de santé

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

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

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

REGIME ALIMENTAIRE : oui non

Si oui, un seul choix possible : Tous aliments Sans viande Sans porc

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? OUI NON

Si oui, choisir une option et nous fournir le PAI

Projet d'accompagnement individualisé (PAI) en cours, avec fourniture d'un panier repas par les parents.

Projet d'accompagnement individualisé (PAI) en cours, avec éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu.

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

Son état de santé nécessite-t-il des aménagements dans les activités physiques et sportives ?

Oui non (si oui, fournir un certificat médical)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

NOM et PRÉNOM (maman) :

NOM et PRÉNOM (papa) :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT_____

Personne à prévenir en cas d'accident (autre que les responsables légaux)

Nom : Prénom : Téléphone :

Nom : Prénom : Téléphone :

Je soussigné(e), _____ les responsables légaux de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la mairie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de notre enfant.

Date :

Signature des parents

