

Fiche sanitaire de liaison

Enfant : <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :

-Vaccinations : Joindre obligatoirement les copies des vaccins de votre enfant.

Rappel : Les Vaccins Obligatoires sont : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (ou DT polio ou Tétracoq), B.C.G.

Les Vaccins Recommandés sont : Hépatite B, Rubéole, Coqueluche...

(Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.)

-Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Groupe Sanguin : Rhésus..... Positif Négatif

Allergies : Médicamenteuses Oui Non Asthme Oui Non
Alimentaires Oui Non Autres Oui Non

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

.....

.....

-P.A.I (projet d'accueil individualisé) : Oui Non

Si un P.A.I est mis en place pour votre enfant, merci de joindre le protocole et toutes informations utiles

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

.....

.....

-Recommandations utiles :

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

.....

-Information complémentaires :

L'enfant mouille-t-il son lit durant la sieste ? Oui Non

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? Oui Non

Autorisation à la baignade ? Oui Non

Nom et tél. du médecin traitant :

.....

-Autres observations :

.....

.....

.....

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant....., **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le Responsable du Centre de l'enfance 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 :