

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge en dehors du temps de classe. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

ENFANT :

Nom :	Prénom :
Sexe : ☐ M ☐ F	Date de naissance :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins facultatifs	Oui	Non	Dernier rappel
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				B.C.G.			
ou Tétracoq				Autres (préciser)			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

Si oui, joindre le **Protocole d'Accueil Individualisé** (PAI) et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant). **ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.**

Allergies :

Médicamenteuses :	☐ Oui	☐ Non	Asthme :	☐ Oui	☐ Non
Alimentaires :	☐ Oui	☐ Non	Autre :	☐ Oui	☐ Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

Percevez vous l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : ☐ Oui ☐ Non

Indiquer les **difficultés de santé** (handicap, 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... :

RESPONSABLE LEGAL(E) :

Nom :	Prénom :
Tél. Portable :	Tél. Domicile :
Tél. Travail :	

Nom et téléphone du ou de la médecin traitant (facultatif) :

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

Date :	Lu et approuvé
	Signature