



JOUARS-PONTCHATRAIN
Yvelines



NEAUPHLE-LE-CHÂTEAU
Yvelines

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Garçon Fille

Lieu de résidence _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET RESTE STRICTEMENT CONFIDENTIEL.

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates de derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication**

3 - RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Rappel : la direction et les animateurs ne sont pas habilités à donner des médicaments aux enfants **sans un justificatif médical.**

L'enfant suit 'il un traitement médical : oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. (Boite de médicaments dans leur emballage d'origine, marquée au nom de l'enfant avec la notice)

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	

Allergies : (Si oui préciser la cause de l'allergie et la conduite a tenir)

- asthme : _____
- alimentaire : _____
- médicamenteuses : _____
- autres : _____

En cas de suivi médical spécial (traitements de fond, pathologies particulières) ou en cas d'allergies alimentaire, les parents doivent obligatoirement demander au service scolaire un dossier de Projet d'Accueil Individualisé (ou PAI) à compléter, et se mettre en relation avec le personnel des services concernés.

INDIQUEZ CI-DESSOUS :

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

.....

.....

.....

.....

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autre, Précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

5- RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable légal	Conjoint
Nom :..... Prénom :.....	Nom :..... Prénom :.....
Adresse :.....	Adresse :.....
<u>Téléphones :</u> Domicile :..... Portable :..... Travail :.....	<u>Téléphones :</u> Domicile :..... Portable :..... Travail :.....

Médecin traitant _ Nom _____

 _____

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

Date :

Signature :