Fiche sanitaire de liaison

Enfant :	☐ fille ☐ 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**
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	**Rougeole**	**Oreillons**	**Rhumatisme articulaire aigu**	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ 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 :