

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre obligatoirement le carnet de vaccination.

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON                       FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT  
(l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

### JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINS OBLIGATOIRES

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS (A préciser)	DATES
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
<b>Ou</b> DT Polio					
<b>Ou</b> Tétracoq					
Hépatite B*					
Rougeole-Oreillons-Rubéole*					
Coqueluche*					
Pneumocoqu*					
Méningocoque C*					
Hib (Hæmophilus influenzae de type b)*					

\*Ces vaccins ne sont pas obligatoires, mais recommandés pour tous les enfants nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

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 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

- Rougeole : oui  non       Varicelle : oui  non       Angine : oui  non   
Coqueluche : oui  non       Otite : oui  non       Rubéole : oui  non   
Oreillons : oui  non       Scarlatine : oui  non   
Rhumatisme articulaire aigu : oui  non

**ALLERGIES :**

- ASTHME                      oui  non                       MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
ALIMENTAIRES      oui  non                       AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :**

.....  
.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....  
.....

- **PAI SI VOTRE ENFANT EST BÉNÉFICIAIRE D'UN PAI** COCHEZ CETTE CASE   
Merci de fournir le PAI et de préciser les précautions à prendre (traitement, etc....)

.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....  
.....

TELEPHONE DOMICILE : ..... PORTABLE : .....

**6 - NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :**

.....  
.....  
.....

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

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signatures des représentants légaux :**