

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

Accueils Périscolaires GARDERIE ET RESTAURANT

<u>1 – ENFANT</u>	<u>PHOTO de l'enfant à coller</u>
NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : (Saisir JJ/MM/AAAA) GARÇON ☐ FILLE ☐ Classe : Repas sans porc : OUI ☐ NON ☐	

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DE MUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS (*)	DATES
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
Ou DT polio	☐	☐		BCG	
Ou Tétracoq	☐	☐		Autres (préciser)	

(*) Obligatoire si née après 2018

(Saisir JJ/MM/AAAA)

(Saisir JJ/MM/AAAA)

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 suit-il un **traitement médical** ? oui ☐ non ☐ Si oui, lequel ?

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

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ non
COQUELUCHE		OTITES		ROUGEOLE		OREILLONS		ASTHME	
☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ non	☐ oui	☐ non

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, ALLERGIES HORS ALIMENTAIRES*, HOSPITALISATIONS, OPÉRATIONS, RÉÉDUCTIONS) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

* (Ne pas noter les allergies alimentaires).TOUTES ALLERGIES ALIMENTAIRES ENTRAÎNERA LA MISE EN PLACE D'UN Projet d'Accueil Individualisé ÉTABLI AVEC L'ÉCOLE ET L'OBLIGATION POUR LES PARENTS DE FOURNIR UN PANIER REPAS (cantine et garderie voir règlement intérieur).

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 – COORDONNÉES DU RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. DOMICILE :

TÉL. PORTABLE : TÉL. BUREAU :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. DOMICILE : TÉL. BUREAU :

TÉL. PORTABLE :

6- MÉDECIN TRAITANT :

NOM : Dr TÉL. :

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

Date : (saisir JJ/MM/AAAA)

Signature :