

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
(1 fiche par enfant)**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1 – ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Garçon Fille **2 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | 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 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANTL'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation écrite du ou des responsables légaux

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

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Rhumatisme Articulaire Aigü Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES :

| | | | |
|---|---|--|---|
| Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Alimentaires Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Médicamenteuses Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Autres (si oui préciser) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|---|

Alès Agglomération se réserve le droit de refuser toute inscription en cas d'allergie ou pathologie non signalée ou si les parents refusent la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé.

INDIQUER CI-APRES :

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

Votre médecin a-t'il établi un Projet d'Accueil Individualisé pour votre enfant ? Oui Non

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

Précisez :

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

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

SIGNATURE DU ou DES REPRESENTANT(s) LEGAL (aux)
Mention « Lu et approuvé »

INSCRIPTION

Pôle Education Enfance Jeunesse
Accueil Mairie PRIM', 11 rue Michelet, 30100 Alès
Téléphone : 04 66 56 11 37 – 04 66 56 11 11