

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON INDIVIDUELLE 2021 / 2022

**Ces informations sont essentielles pour une bonne prise en charge de votre enfant par les animateurs, merci de remplir ce formulaire recto-verso avec précision.**

### ENFANT

Nom / Prénom .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Classe à la prochaine rentrée : .....

Sexe :  Fille       Garçon

### VACCINATIONS

**Merci de fournir une photocopie de la page vaccination du carnet de santé en vérifiant que le nom et prénom de l'enfant soient bien indiqués sur la page.**

| VACCINS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES           | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|-------------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                    |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole Oreillons<br>Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                    |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | BCG                           |       |
| Ou Tétracoq          |     |     |                            | Autres (préciser)             |       |

**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.**

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone du médecin traitant :    /    /    /    /

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

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <b>RUBEOLE</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non    | <b>VARICELLE</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <b>ANGINE</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non   | <b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <b>SCARLATINE</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| <b>COQUELUCHE</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <b>OTITE</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non     | <b>ROUGEOLE</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <b>OREILLONS</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non                   |   |

**ALLERGIES :**

- Alimentaires :  Non  Oui : .....
- Médicamenteuses :  Non  Oui : .....
- Asthme :  Non  Oui
- Autres : .....

**Si l'enfant a des allergies alimentaires, merci de contacter le médecin scolaire au 02 51 24 17 10 afin d'établir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et de le transmettre au service scolaire.**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre).

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

N° de téléphone des parents :

Mère :

Nom / Prénom .....

N°Portable : / / / / Domicile : / / / / Travail : / / / /

Père :

Nom / Prénom .....

N°Portable : / / / / Domicile : / / / / Travail : / / / /

Informations complémentaires sur lesquelles les responsables légaux souhaitent attirer l'attention de la collectivité :

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

**ENGAGEMENT**

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la collectivité à prendre toutes mesures qui s'imposent en cas d'urgence.

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

Signature :