

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

* **Votre enfant** Nom : Prénom :

Date de naissance : ☐ Garçon ☐ Fille

* **Vaccinations**

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates dernier rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT polio			
ou Tétracoq			

Merci de joindre une copie des vaccinations du carnet de santé ou du certificat de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'est pas à jour des vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat de contre-indication.

* **Renseignements médicaux**

L'enfant suit-il 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.

Si votre enfant est atteint d'un trouble de la santé qui nécessite une prise en charge particulière, nous vous demandons de nous transmettre un protocole d'accueil individualisé (PAI).

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

Allergies médicamenteuses	Allergies alimentaires	Asthme	Autres
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il un **problème de santé particulier** qui nécessite la transmission d'informations médicales, de précautions à prendre ou d'éventuels soins à apporter ? En cas de situation de handicap, précisez si l'enfant est bénéficiaire de l'AEEH ou d'un PAI lié au handicap.

* **Informations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des appareils auditifs ou dentaires, s'il présente des troubles de l'apprentissage, etc. ?

* **Responsable légal de l'enfant :**

Nom : Prénom :
Tél. portable : Tél travail :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** 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 santé de l'enfant.

Signature : Date :