

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le :        /        /

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant la présence de l'enfant sur les différents temps périscolaires.

**VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé ou du carnet de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

Précisez s'il s'agit : Du DT polio, DT coq, Tétracoq, autre	Vaccins pratiqués	Dates

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

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

RUBEOLE			VARICELLE			ANGINES			RHUMATISMES			SCARLATINE		
NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI	
COQUELUCHE			OTITES			ASTHME			ROUGEOLE			OREILLONS		
NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI	

**INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :**

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) :

Descriptifs	Dates

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

.....

.....

.....

**Attention : Aucun médicament ne sera administré à votre enfant durant les temps périscolaires. Toutefois, si votre enfant souffre de troubles chroniques ou allergiques il est impératif de mettre en place un **Projet d'Accueil Individualisé** afin de pouvoir apporter les réponses nécessaires en cas de problème (Transmettre obligatoirement un exemplaire au service éducation)**

Je soussigné (e),..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise la commune à transmettre ce document à la personne référente des temps périscolaire de l'école et à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Tél Père : ..... Tél Mère : .....

Le(s) représentant (s) légal(aux) **Date** : ..... Signature :