

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 :