



## -ACCUEIL D'ENFANTS -

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ENFANT :

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Restauration scolaire

Garçon  fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la présence de votre enfant au centres de loisirs ou d'accueil et au restaurant scolaire. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera conservée dans un classeur et ne sera consultable uniquement par les animateurs du service. Vous pouvez récupérer ce document en fin d'année, le laisser pour l'année suivante (après une mise à jour) et dans le cas d'une résiliation cette fiche sera passée au destructeur de document.

### 1 VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole.Oreillons.Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou D.T Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres	
Covid					

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre-indication  
**ATTENTION !!!** le vaccin antitétanique ne présente aucune contre -indication

### 2 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- L'enfant suit-il un traitement médical oui  non
- Avez- vous signé un P.A.I (protocole d'accueil individualisé) oui  non

Si OUI, joindre un ex du P.A.I ., une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant. (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)).

Ces remèdes doivent être remis au directeur ou à l'animateur.

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

<b>RUBEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>AUTRES</b>

**4 INDIQUEZ CI APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE :**

**5 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

- Votre enfant porte-t-il des lunettes : oui  non
- Si oui uniquement pour faire une activité de précision oui  non
- Tout le temps : oui
- Des lentilles oui  non

Si oui quelles sont les précautions à prendre :

- Des prothèses auditives oui  non

Si oui quelles sont les précautions à prendre :

- Des prothèses dentaires oui  non

Si oui quelles sont les précautions à prendre :

- Autres : (ex régime).....

Quelles sont les précautions à prendre :

**6 RENSEIGNEMENTS UTILES :**

- **NOM et adresse du médecin traitant :**.....  
Rue.....Ville :.....  
N° de téléphone :.....

- En cas d'accident, je désire que mon enfant soit transporté :  
**A la Clinique**  **au Centre Hospitalier**

Je soussigné (NOM et Prénom) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Dates (création) : .....  
Dates renouvellement .....

Signature : .....

Signature : .....

Signature du responsable,