**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES DURANT LA PERIODE SCOLAIRE

**I. ENFANT**

NOM : ………………………………….. ……………………… PRENOM : …………………………………………….………………….

SEXE : GARCON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**II. VACCINATIONS**

*(Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l’enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Précisez s’il s’agit :* | VACCINS PRATIQUES | | | | DATES |
| Du DT polio | ……………………………………………….. | | | | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| Du DT coq | ………………………………………………. | | | | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| Du Tétracoq | ……………………………………………….. | | | | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| D’une prise polio RAPPELS | ……………………………………………….. | | | | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | DATES | ANTIVARIOLIQUE | DATES | AUTRES VACCINS | |
| 1er VACCIN | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | VACCIN | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| REVACCINATION | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | 1er RAPPEL | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |

Si l’enfant n’a pas de vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité, et réaliser la vaccination manquante dans un délai de 3 moi.

**III. 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 |  |

**IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il :

-des lunettes oui  non - des prothèses dentaires oui non

- des prothèses auditives oui non

SI VOTRE ENFANT :

- présente des allergies (alimentaires, médicamenteuses, asthme, etc…)

- bénéficie actuellement d’un PAI (protocole d’accueil individualisé)

VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT prendre contact avec la Directrice de l’ALAE.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, (nom et prénom)………………………………………………………………………..……………………..

Responsable légal de l’enfant (nom et prénom) : ……………………………………………………………………

* Déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations) rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant
* M’engage à payer ou rembourser les frais médicaux, d’hospitalisation et divers, incombant à la famille

Date :……………………………………………………. signature