

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020-2021**

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant :  fille  garçon      Date de naissance : .....

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

ADRESSE : .....

N° CAF ou MSA : .....

Maternelle                       Primaire

I – **VACCINATIONS** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dernier rappel	VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date
Diphtérie				*Hépatites B			
Tétanos				*Rubéole			
Poliomyélite				*Coqueluche			
Ou DT Polio				*Méningocoque C			
Ou Tétracoq				*Rougeole			
*Haemophilus influenzae B ( pneumopathies et méningites				*Oreillons			
				*Pneumocoque			

\*Vaccins devenus obligatoire pour les enfants nés à partir de 2018

Joindre un certificat de contre indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins Obligatoires. NOTA : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre – indication.

II – **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** :

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

Allergies : Médicamenteuses  oui  non      Asthme  oui  non  
Alimentaires  oui  non      Autres  oui  non.....

Nom et tél. du médecin traitant : .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans P.A.I.**

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

III – **RECOMMANDATIONS UTILES** :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

IV – **RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT** :

MERE :      Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

PERE :      Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

V – **PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN L'ABSCENCE DES PARENTS**

NOM, PRENOM ..... TEL.....  
NOM, PRENOM ..... TEL.....  
NOM, PRENOM ..... TEL.....

VI – **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées.  
 J'autorise mon enfant à être photographié et la diffusion éventuelle des photos sur le site de la Ville, au centre ou dans le journal local.  
 J'autorise mon enfant à prendre le transport mis en place par la ville  
 Je certifie que mon enfant est assuré en responsabilité civile pour l'année en cours

Beaucaire le ..... Signature