

Code de l'action sociale et des familles
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 : Primaire :

Maternelle :

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | VACCINS OBLIGATOIRES | | Date |
|---|----------------------|-----|------|
| | Oui | Non | |
| Diphtérie | | | |
| Tétanos | | | |
| Polionyélite | | | |
| Ou DT Polio | | | |
| Ou Tétracoq | | | |
| *Fièvre pharyngée influenzae B (pneumopathies et méningites | | | |

*Vaccins devenus obligatoires 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'ABSENCE 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 nécessaires 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