

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2017-2018

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT .

Nom de l'enfant :

Ecole fréquentée : élémentaire maternelle

Nom du médecin traitant :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire oui non

Traitement au long court oui non

Régime alimentaire pour raisons médicales oui non

Si vous avez coché une de ces cases, veuillez fournir le dossier PAI (+ traitement).

1. VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre une photocopie).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole oreillons rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre.

3. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ?
Précisez :

Autres informations utiles :

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

Date :

Signature