

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1. L'ENFANT

NOM :  Garçon :   
 PRÉNOM :  Fille :   
 DATE DE NAISSANCE :  Classe :

## 2. RÉGIME ALIMENTAIRE

Mon enfant suit un régime alimentaire particulier :  non  oui (préciser)

## 3. ALLERGIES

ALIMENTAIRES :  non  oui si oui préciser :

ASTHMES :  non  oui

MÉDICAMENTEUSE  non  oui si oui préciser :

AUTRES :

Conduite à tenir en cas d'allergie :

Un Projet d'Accueil Individualisé) a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ?  oui  non

Si oui fournir impérativement une copie ainsi que le protocole et le kit d'intervention au nom de l'enfant (dans un boîte fermée).  
Sans ses éléments en notre possession, votre enfant ne sera pas accepté sur notre structure

## 4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfants a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, Opération...) ou souhaitez vous nous faire part d'un élément le concernant :

Non  Oui Si oui merci de préciser

Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles prothèses auditives, dentaires... précisez :

Votre enfant est-il porteur d'un handicap, si oui précisez la conduite à tenir :

## 5. VACCINATION

Vaccins Obligatoires	oui	non	ou dernier Rappel	vaccins Recommandés	Dates
Diphétérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	ROR	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Ou tétracoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Coqueluche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Hépatite B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Infections invasives à pneumocoque.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Méningocoque de sérogroupe C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Rougeole, oreillons et rubéole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		

### RESPONSABLE DE L'ENFANT :

En cas d'urgence :

NOM :

TEL 1 :

NOM :

TEL 2 :

Je soussigné(e)

Responsable légale de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

DATE :  SIGNATURE :



