+MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008\*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT** NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

**ACCUEILS PERISCOLAIRES ET RESTAURANT SCOLAIRE**

**ANNEE SCOLAIRE 2020/2021**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants ***(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLEOUI NON | VARICELLEOUI NON | ANGINEOUI NON | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜOUI NON | SCARLATINEOUI NON |
| COQUELUCHEOUI NON | OTITEOUI NON | ROUGEOLEOUI NON | OREILLONSOUI NON |  |

**ALLERGIES** : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES...................................................

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

4 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…

PRÉCISEZ.

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

5 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ........................................................................................................... PRÉNOM .............................................................. ADRESSE ......................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................... TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ....................................................... BUREAU : ............................................................. NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT ......................................................................................................................................

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

Date : Signature :