



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL PERISCOLAIRE 2022-2023

## 1 - IDENTITE ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... FILLE  GARÇON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL  
DE VOTRE ENFANT AU SERVICES PERISCOLAIRES.

### DOCUMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- copie des vaccins à jour
- attestation de quotient familial
- attestation d'assurance scolaire
- ordonnance du médecin pour toute administration de médicament nécessaire à l'accompagnement sanitaire de votre enfant

## 2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM .....

ADRESSE .....

NOM et NUMERO DE POLICE D'ASSURANCE SCOLAIRE.....

NOM et NUMERO ALLOCATAIRE (si existant).....

Père / mère / autre (préciser)..... : TÉL. FIXE : ..... PORTABLE : .....

Père / mère / autre (préciser)..... : TÉL. FIXE : ..... PORTABLE : .....

NOM et NUMERO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT .....

## 3 - VACCINATIONS (vous pouvez fournir la copie du carnet de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq					
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

#### 4 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical**

Oui  Non

Si oui en plus de l'ordonnance, joindre 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

#### L'ENFANT A-T-IL UNE ALLERGIE ?

- ASTHME
- ALIMENTAIRE
- AUTRES

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

.....

.....

.....

.....

#### L'ENFANT A-T-IL DES ANTECEDENTS OU DIFFICULTÉS DE SANTÉ ?

*(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, comportement)*

**PRÉCISEZ LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

.....

.....

.....

#### 5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

D'ordre médical (*port de lunettes, lentilles de contact, prothèse auditives, dentaires, etc.*):

.....

.....

.....

D'ordre alimentaire : SANS PORC  SANS VIANDE

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

**Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.**

Date :

Signature :