FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ACCUEIL PERISCOLAIRE 2023-2024

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**
- ☐ **ordonnance du médecin pour toute administration de médicament nécessaire à l'accompagnement sanitaire de votre enfant**
- ☐ **PAI Alimentaire**

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 TÉLEPHONE 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	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

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 :**