



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL PERISCOLAIRE 2024-2025

1 - IDENTITE ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE..... FILLE GARÇON

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

DOCUMENT A JOINDRE :

- copie des vaccins à jour (obligatoire)
- Si traitement en cours, l'ordonnance du médecin pour toute administration de médicament nécessaire à l'accompagnement sanitaire de votre enfant et la décharge pour la prise de médicament complétée et signée.
- PAI (en cas de traitement sur une longue période).

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	
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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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