**Fiche Sanitaire de Liaison**



Accueils de Loisirs Périscolaires

2018-2019

NOM de l’enfant :

**ECOLE**

Prénom de l’enfant:

Date de Naissance :

Sexe

**Vaccinations**

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant pour compléter le tableau ou joindre une copie du carnet. Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) |  |

**Renseignements médicaux concernant l’enfant**

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole** | OUI |  | **Varicelle** | OUI |  | **Angine** | OUI |  |
| NON |  | NON |  | NON |  |
| **Scarlatine** | OUI |  | **Coqueluche** | OUI |  | **Otite** | OUI |  |
| NON |  | NON |  | NON |  |
| **Oreillons** | OUI |  | **Rhumatisme****Articulaire****Aigu** | OUI |  | **Rougeole** | OUI |  |
| NON |  | NON |  | NON |  |

L’enfant a-t-il des allergies :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASTHME** | OUI |  | **MEDICAMENTEUSE** | OUI |  | **ALIMENTAIRES** | OUI |  |
| NON |  | NON |  | NON |  |
| **AUTRES** | OUI |  | Précisez : |
| NON |  |

A-t-il un traitement en cas de crise d’asthme, lequel ?

Si votre enfant a une allergie alimentaire, à quels aliments est-il allergique ?

**Antécédents médicaux**

Les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

**Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires… (précisez) :

**Médecin traitant de votre enfant**

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

**Si votre enfant suit un traitement médical ou s’il suit un régime alimentaire spécifique,**

**vous devez contacter la Mairie.**

**Un protocole d’accueil individualisé (P.A.I) doit obligatoirement être mis en place pour qu’il puisse être accueilli en cantine et en garderie.**

Je soussigné(e) responsable légal de l’enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature(s) :