



Fiche sanitaire de liaison Année scolaire 2020/2021

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant :	filles	garçon	Date de naissance :
Nom :			Prénom :
Adresse :			

ACCUEIL : TAP accueil périscolaire
accueil de loisirs restauration scolaire

I - VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DERNIER RAPPEL
	oui	non	
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT polio			
ou Tétracoq			
Rougeole			
Pneumocoque			

VACCINS RECOMMANDÉS	oui non		DATE
	oui	non	
Oreillons			
Rubéole			
Coqueluche			
Hépatite B			
Hameophilus influenzae B			
Méningocoque C			

II - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'année ? **Oui Non**

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

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
oui non	oui non	oui non	oui non	

Allergies :	médicamenteuses	oui	non	asthme	oui	non
	alimentaires	oui	non	autres	oui	non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre un certificat médical) :

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

III - **RECOMMANDATIONS UTILES :**

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre un certificat médical) :

IV - **RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : _____ travail : _____ portable: _____

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : _____ **Date** : _____

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :