

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pour l'accueil de votre enfant. Elle nécessite d'être remplie avec le plus grand soin. Elle doit être mise à jour s'il y a changement au cours de l'année (numéro de téléphone, personnes à joindre, évolution de l'état de santé, etc.)

NOM et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Garçon  / Fille

Scolarisé en classe de : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE DE L'ENFANT ET PERSONNES A CONTACTER :

Nom et Prénom du père : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Autre personne à contacter : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Autre personne à contacter : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

## MEDECIN TRAITANT :

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

| Obligatoires       | Oui/Non | Recommandés | Dates |
|--------------------|---------|-------------|-------|
| Diphtérie          |         | Hépatite B  |       |
| Tétanos            |         | ROR         |       |
| Poliomyélite       |         | Coqueluche  |       |
| <b>Ou</b> DT Polio |         | Autres ?    |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq |         |             |       |
| BCG                |         |             |       |

## ASSURANCES :

J'atteste que mon enfant dispose bien d'une assurance :

Responsabilité civile  ET Individuelle accident

Et je m'engage à fournir les attestations au plus tard le premier jour d'accueil de mon enfant (sans quoi il ne sera pas accueilli).

## RENSEIGNEMENTS DIVERS :

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

Aucun  / Sans porc  / Sans viande  / PAI

Si PAI, précisez :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des allergies ? Si oui, précisez l'allergène et la conduite à tenir :

\_\_\_\_\_

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pour l'accueil de votre enfant. Elle nécessite d'être remplie avec le plus grand soin. Elle doit être mise à jour s'il y a changement au cours de l'année (numéro de téléphone, personnes à joindre, évolution de l'état de santé, etc.)

Votre enfant suit-il un traitement médical de fond ? Si oui, précisez :

---

---

Votre enfant porte-t-il :

Lunettes  / Lentilles  / Appareil dentaire  / Prothèse  / Autre

Précisez : \_\_\_\_\_

---

---

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux (asthme, opérations, accident, maux de têtes, fragilité, diabète, etc.) ? Si oui, précisez les précautions à prendre :

---

---

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| Maladie    | Oui/Non | Maladie    | Oui/Non |
|------------|---------|------------|---------|
| Rubéole    |         | Varicelle  |         |
| Angine     |         | Rhumatisme |         |
| Scarlatine |         | Coqueluche |         |
| Otite      |         | Rougeole   |         |
| Oreillons  |         |            |         |

### INFORMATIONS SUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT :

Article R. 227 du CASF et Arrêté du 20 février 2003

- Pour qu'un enfant soit accueilli, ses tuteurs doivent fournir des informations sur sa santé

- Ces informations sont confidentielles et transmises qu'en cas de nécessité
- Le responsable de l'accueil désigne une personne (ou lui-même) qualifiée qui assurera le suivi sanitaire
- Les documents fournis par la famille sont détruits en fin d'année
- Un médicament ne peut être administré qu'à condition d'avoir été prescrit par un médecin et que nous disposions de la prescription
- Il est conseillé de noter les nom et prénom de l'enfant sur le médicament
- Un membre du personnel ou un responsable est obligé d'agir en cas de danger avéré ou imminent contre la santé ou l'intégrité de l'enfant
- En cas d'accident, les secours doivent avoir un accès rapide aux informations obligatoires transmises par la famille

### AUTORISATIONS ET SIGNATURE :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant ci-dessus nommé :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, etc.) rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

J'autorise  / je n'autorise pas  mon enfant à quitter seul(e) l'école à la fin des cours ou des TAP

J'autorise  / je n'autorise pas  les services à diffuser des photographies de mon enfant prises dans le cadre des services communaux (autorisation valable un an)

Fait à \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature(s) du(des) responsable(s) :