**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**2017/2018**



**NOM :** **PRENOM (S) :**

**DATE DE NAISSANCE :**  Cliquez ici pour entrer une date. **SEXE :**

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE :**

**NUMERO DE SECURITE SOCIALE :**

**NUMERO DE TELEPHONE EN CAS D’URGENCE :**

|  |
| --- |
| **MEDECIN TRAITANT :** NOM :       VILLE :       **http://i.istockimg.com/file_thumbview_approve/13891642/2/stock-illustration-13891642-classic-phone.jpg** :       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESPONSABLES LEGAUX DE L’ENFANT** | **NOM, PRENOM** **( Parent ou Tuteur…)** | **NOM, PRENOM** **( Parent ou Tuteur…)** |
| **http://i.istockimg.com/file_thumbview_approve/13891642/2/stock-illustration-13891642-classic-phone.jpgDomicile** |       |       |
| **http://i.istockimg.com/file_thumbview_approve/13891642/2/stock-illustration-13891642-classic-phone.jpg Travail** |       |       |
| **http://fr.dreamstime.com/t%C3%A9l%C3%A9phone-portable-de-graphisme-thumb8331632.jpg Portable** |       |       |
| **Adresse** |       |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE** | **Nom, Prénom** | **Commune** | **http://i.istockimg.com/file_thumbview_approve/13891642/2/stock-illustration-13891642-classic-phone.jpgDomicile** | **http://i.istockimg.com/file_thumbview_approve/13891642/2/stock-illustration-13891642-classic-phone.jpgTravail** | **http://fr.dreamstime.com/t%C3%A9l%C3%A9phone-portable-de-graphisme-thumb8331632.jpgPortable** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDES** | **DATE** |
| Diphtérie | [ ]  | [ ]  | Cliquez ici pour entrer une date. | Hépatite B | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Tétanos | [ ]  | [ ]  | Cliquez ici pour entrer une date. | RubéoleOreillonsRougeole | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Poliomyélite | [ ]  | [ ]  | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Ou DT polio | [ ]  | [ ]  | Cliquez ici pour entrer une date. | Coqueluche | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Ou Tétracoq | [ ]  | [ ]  | Cliquez ici pour entrer une date. | BCG | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication. ***ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.*** |
| **VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?** |
| Rubéole : **[ ]**  | Varicelle : **[ ]**  | Angine : **[ ]**  | Rhumatisme articulaire aigu : **[ ]**  |
| Coqueluche : **[ ]**  | Otite : **[ ]**  | Rougeole : **[ ]**  | Oreillons : **[ ]**  | Scarlatine : **[ ]**  |
| **L’enfant suit-il un traitement médical ?** **[ ]**  oui **[ ]** non***Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d’origine marquée au nom de l’enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*** |
|  |
| **ALLERGIES** |
| Asthme **[ ]**  |  Médicamenteuse **[ ]**  |
| Alimentaires **[ ]**  | Autres **[ ]**  |
|  |  |

**Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)** :

**DIFFICULTES DE SANTE ET RECOMMANDATIONS UTILES** (accident, maladie, crise convulsive, hospitalisation…), merci d’indiquer les dates et les précautions à prendre :

**Votre enfant a-t-il un Projet d’accueil individualisé ? [ ]**  oui **[ ]** non

**Votre enfant a-t-il une reconnaissance auprès de la M.D.P.H. ?** [ ]  oui [ ]  non

**AUTORISATIONS PARENTALES**

* J’autorise mon enfant à participer à toutes les activités, physiques et sportives :

Si non, précisez les activités :

* J’autorise mon enfant à se baigner :

 Sait-il nager ?

* J’autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale…) rendues nécessaires par l’état de l’enfant, et m’engage à en payer les frais

Je soussigné (e),      ………………………………………………………….., responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **m’engage à signaler toutes modifications**.

A CHAUVE, le Cliquez ici pour entrer une date.

 Signature du représentant légal Signature du représentant légal

(Précédée de la mention lu et approuvé) (Précédée de la mention lu et approuvé)

Mention :       Mention :

Nom :       Nom :