

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Service périscolaire « LA RUCHE » Année Scolaire 2017 - 2018



I / L'Enfant

NOM :
Prénom :

Fille Garçon

Date de naissance : _____ à _____

Groupe sanguin et Rhésus : _____

II/ Les Vaccinations

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates des Derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oréillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT POLIO				Autres : (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

III/ Renseignements Médicaux concernant l'enfant

Si l'enfant suit **un traitement médical** au courant de l'année scolaire, il faut joindre une ordonnance et 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	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI								
NON								

L'enfant a-t-il déjà eu:

ASTHME : Oui Non
 ALLERGIES ALIMENTAIRES : Oui Non
 ALLERGIES MEDICAMENTEUSES : Oui Non

Précisez la cause des allergies et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Mon enfant a un régime alimentaire particulier ?

Précisez la nature du régime alimentaire et joignez un certificat médical du médecin pour le communiquer au traiteur :

Indiquez ci-après, les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

IV/ Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, si vous avez une fille est-elle réglée ? Votre enfant mouille-t-il son lit ? ..

J'autorise mon enfant à la **baignade** si une sortie est organisée par « La Ruche »

L'assistant sanitaire de « La Ruche » est autorisé à administrer à votre enfant en cas de besoin :

Du paracétamol **De l'Arnica** **Un désinfectant antiseptique**

V/ Responsable de l'enfant

NOM :

Prénom :

Téléphone d'Urgence :

Numéro de sécurité sociale :

Nom et prénom du médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

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

A....., le.....

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé ».
Signature :