



Année Scolaire 2020-2021



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :  
NOM :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Fille  Garçon

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE PRESENCE DE L'ENFANT A « LA RUCHE » ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

## 1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie			/ /	Hépatite B	/ /
Tétanos			/ /	Rubéole-Oreillons-Rougeole	/ /
Poliomyélite			/ /	Coqueluche	/ /
<b>Ou</b> DT polio			/ /	Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq			/ /		/ /
BCG			/ /		/ /

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui  non

Si il y a un **Projet d'Accueil Individualisé = PAI**, le joindre à la fiche sanitaire.

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :  
ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRE oui  non   
MÉDICAMENTEUSE oui  non   
AUTRE oui  non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM / Prénom.....

ADRESSE.....

.....  
.....

☎ **FIXE** du DOMICILE : ..... ☎ **PORTABLE**.....

NOM DU MÉDECIN TRAITANT .....

ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT .....

☎ **DU MÉDECIN TRAITANT** .....

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

Date :

Signature :

.....

**5- OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....