

Année Scolaire 2023-2024

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.

VOTRE ENFANT A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?
(Sans porc, sans viande, si allergie pensez au certificat médical pour le traiteur.)

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

VACCINS OBLIGATOIRES pour TOUS	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS (OBLIGATOIRE pour les enfants nés au 1 ^{er} janvier 2018)	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie	/ /	Hépatite B	/ /
Tétanos	/ /	Rubéole-Oreillons-Rougeole ROR	/ /
Poliomyélite	/ /	Coqueluche	/ /
Ou DTP	/ /	BCG	/ /
		Méningocoque C	/ /
		Haemophilus influenzae de type b	/ /

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.

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)

.....
.....

L'ENFANT A-T-IL DEJA 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"/>	

INDIQUEZ 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

.....

.....

.....

.....