

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1/ ETAT-CIVIL DE L'ENFANT

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOMS :** \_\_\_\_\_

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_ Sexe : Masculin  Féminin

### 2/ 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autre (préciser)	

### 3/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le temps périscolaire et extrascolaire ? Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Les médicaments doivent être dans leur boîte d'emballage d'origine où seront marqués en lettres majuscules les nom et prénom de l'enfant.

Les boîtes de médicaments doivent comprendre la notice d'utilisation d'origine.

ATTENTION : Aucun traitement médical ne pourra être administré sans ordonnance.

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Rhumatisme Articulaire aigu</b>	<b>Scarlatine</b>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b>	<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** MEDICAMENTEUSES : oui  non  ALIMENTAIRES : oui  non

AUTRES \_\_\_\_\_

**ASTHME** : oui  non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

---

---

---

**PRECISEZ LES DIFFICULTES DE SANTE**

(MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION),  
LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

---

---

---

**4/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

(LENTILLES DE VUE, LUNETTES, PROTHESES AUDITIVES, PROTHESES DENTAIRES, ETC...).

---

---

---

**Je soussigné(e), NOM** \_\_\_\_\_ **PRENOM** \_\_\_\_\_

**Responsable Légal de l'enfant NOM** \_\_\_\_\_ **PRENOM** \_\_\_\_\_

- *Déclare exacts les renseignements portés sur la Fiche Sanitaire de Liaison et autorise le responsable du temps périscolaire et extrascolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant*
- *Autorise mon enfant à participer à toutes les activités périscolaires et extrascolaires*

Fait à Mandelieu-La Napoule, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

SIGNATURE

Conformément à la loi du 06/01/1978 modifiée en 2004, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant au Cycle de l'Enfant.