

# fiche sanitaire de liaison



Service Enfance - Jeunesse  
Mairie - 8 bis, cours des Perches - 63118 CÉBAZAT

## Une fiche par enfant

Restauration scolaire  
Garderie  
Temps d'activités périscolaires  
Accueil de loisirs sans hébergement

NOM : ..... PRÉNOM : .....

NÉE LE : .....  FILLE  GARÇON

## 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            |     |     |                            | RUBÉOLE OREILLONS ROUGEOLE |       |
| TÉTANOS              |     |     |                            | COQUELUCHE                 |       |
| POLIOMYÉLITE         |     |     |                            | BCG                        |       |
|                      |     |     |                            | HÉPATITE B                 |       |
|                      |     |     |                            | MÉNINGITE                  |       |
| AUTRE (PRÉCISER) :   |     |     |                            |                            |       |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, **joindre un certificat médical de contre-indication.**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : .....

ADRESSE : .....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : .....

En cas de traitement médical (ponctuel ou régulier), joindre l'**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 administré sans ordonnance.**

■ ASTHME :  OUI  NON

■ ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES :  OUI  NON PRÉCISER : .....

■ ALLERGIES ALIMENTAIRES :  OUI  NON PRÉCISER : .....

■ AUTRES : .....

SI OUI, JOINDRE UN **CERTIFICAT MÉDICAL** PRÉCISANT LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES **SIGNES ÉVOCATEURS** ET LA **CONDUITE À TENIR**.

■ UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) A-T-IL ÉTÉ SIGNÉ ?  OUI (À JOINDRE À LA FICHE SANITAIRE)  NON



# fiche sanitaire de liaison



Indiquer les difficultés éventuelles de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...) en précisant les dates et **précautions à prendre** :

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

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

|                          | Oui                      | Non                      | Informations que la famille souhaite communiquer : |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Port de lunettes         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....<br>.....                                     |
| Port de lentilles        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....<br>.....                                     |
| Port d'appareil dentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....<br>.....                                     |
| Port d'appareil auditif  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....<br>.....<br>.....                            |

## RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

|                  | ■ Responsable légal 1 | ■ Responsable légal 2 |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| NOM              | .....                 | .....                 |
| PRÉNOM           | .....                 | .....                 |
| ADRESSE COMPLÈTE | .....<br>.....        | .....<br>.....        |
| TÉL. DOMICILE    | .....                 | .....                 |
| TÉL. PORTABLE    | .....                 | .....                 |
| TÉL. TRAVAIL     | .....                 | .....                 |

Je(nous) soussigné(s).....  
responsable(s) légal(aux) de l'enfant.....  
déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(nt) le responsable du service Enfance-Jeunesse, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise / nous autorisons également, si nécessaire, le responsable du service Enfance-Jeunesse à faire sortir mon/notre enfant de l'hôpital après hospitalisation.

Date :

Signature(s) :