

# fiche sanitaire de liaison



Une fiche par enfant

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

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 COQUELUCHE	
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 ÉVOQUEURS 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"/>	..... .....
Port de lentilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
Port d'appareil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
Port d'appareil auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... ..... .....

## RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

	■ Responsable légal 1	■ Responsable légal 2
NOM	.....	.....
PRÉNOM	.....	.....
ADRESSE COMPLÈTE	..... .....	..... .....
TÉL. DOMICILE	.....	.....
TÉL. PORTABLE	.....	.....
TÉL. TRAVAIL	.....	.....
N° SÉCURITÉ SOCIALE	.....	.....

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) :