

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant l'enfant  
(arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs)

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SEXE :  M  F Poids : \_\_\_\_ cm Taille : \_\_\_\_ kg

### 1-VACCINATION

- L'enfant est à jour des vaccinations obligatoires  
Joindre obligatoirement la **copie du carnet de vaccination** ou une **attestation rédigée par le médecin** traitant.

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccinations recommandées (obligatoires pour enfants nés à partir du 1/01/2018)	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus influenzae B	
Poliomyélite				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Autres vaccins recommandés		Dates		Hépatite B	
BCG				Pneumocoque	
				Méningocoque C	

- L'enfant n'est pas à jour des vaccinations obligatoires
- Je joins un certificat médical de contre-indication établi par le médecin traitant.
- A défaut, la situation vaccinale devra être mise à jour sous 3 mois. Au-delà l'enfant pourrait ne plus être accueilli.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant a-t-il besoin un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :  Oui  Non
- Si oui,  Protocole en cours, date de validité : \_\_\_\_\_  Nouveau protocole (joindre une **copie du protocole en cours** et la **fiche de demande/renouvellement de PAI**)
- Projet d'Education et d'Intégration Individualisée (PEII) :  Oui  Non
- Si oui, date de validité : \_\_\_\_\_ (joindre une **copie du protocole en cours**)
- L'enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ?
- Oui, laquelle \_\_\_\_\_  Non

- L'enfant suit-il un traitement médical particulier ?  Oui  Non
- 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)

- L'enfant a-t-il des réactions allergiques (autres qu'alimentaires) ?  Oui  Non
- Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la **cause de l'allergie**, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**

- L'enfant a-t-il des maladies chroniques ? (Asthme, convulsions, diabète, autres)
- Précisez : \_\_\_\_\_
- Joindre un **certificat médical** précisant les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**

- L'enfant suit-il un régime alimentaire (sur **prescription médicale**) ?  Oui  Non
- Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_
- Joindre, si nécessaire, un **certificat médical** précisant la **conduite à tenir**

**NB : Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES / PRECAUTIONS A PRENDRE POUR LES ACTIVITES

- L'enfant est-il appareillé ? (port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres)

Précisez la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Antécédents de santé ? (Maladie, accident, hospitalisation, opérations)

Précisez en indiquant la date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4-MEDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

Responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant \_\_\_\_\_

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de structures municipales à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :