



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

Niveau scolaire/classe :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

1– **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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? OUI NON

Si OUI, quel en est l'objet :

Pour rappel, le P.A.I est à remettre à Sandrine MAUPAS, directrice du service enfance au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **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, ni sans P.A.I.**

Le PAI devra être donné en début d'année à la directrice de l'école ET au périscolaire, soit 2 trousse de médicaments à prévoir.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU DES ANTECEDENTS MEDICAUX QUI PEUVENT ETRE SUCCEPTIBLES D'AVOIR DES REPERCUSSIONS SUR LE DEROULEMENT DE L'ACCUEIL ? SI OUI, VEUILLEZ PRECISER LESQUELLES ET A QUELLES DATES ?

.....

.....

.....

.....

L'ENFANT A-T-IL UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE OU AIGUE EN COURS ? L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ?

.....

.....

.....

ALLERGIES: ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

TOUTES LES INFORMATIONS MEDICALES QUE VOUS JUGEREZ UTILES AFIN D'OPTIMISER L'ACCUEIL ET LE BIEN-ETRE DE VOTRE ENFANT (troubles du comportement, hyperactivité, troubles DYS, accidents, handicap, port de prothèses...) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

3 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE.....

Numéros de téléphone :

Mère ou responsable 1 - Fixe : Portable : Travail :

Père ou responsable 2 - Fixe : Portable : Travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts Les Renseignements portés sur cette fiche **et** autorise le personnel municipal de FONTAINES-SUR-SAONE, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature du ou des responsables légaux: