

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACCUEIL PERISCOLAIRE D'ANTHELUP ANNEE 2016/2017

L'Enfant :	
Nom :	_____
Prénom :	_____
Date de naissance :	_____
Fille : <input type="checkbox"/>	Garçon : <input type="checkbox"/>

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil périscolaire ;
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin de l'année scolaire

2) Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination 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			Autres (préciser)		
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

3) Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil périscolaire ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (**boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? :

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

Allergies ? :

Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Alimentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Autres _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (**si automédication le signaler**)

Indiquez ci après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre**

4) Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...
Précisez :

Doit il les garder le temps libre ? oui non

5) Responsable de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél fixe domicile : _____

Tél Portable : _____

Tél Bureau : _____

Nom du médecin Traitant (facultatif) _____

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Au cas où l'état de santé de l'enfant le nécessiterait, le personnel encadrant fera appel aux pompiers.