



Fiche sanitaire de liaison 2023/2024

Guichet Unique Service Municipal Enfance Jeunesse

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :	
Nom :		Prénom :	Classe :
Adresse :			

Accueil : Dates du séjour :

séjour de vacances
 accueil de loisirs
 accueil périscolaire

Adresse :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui		non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui		non		Date
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						Autres (préciser)					
ou Tétracoq											
B.C.G.											

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : OUI NON (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

.....

Observations :

Coordonnées de l'organisateur :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : Date :

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

Nom et prénom de l'Assuré social :
N° de sécurité Sociale :
Référence et adresse de votre Centre de sécurité Sociale :
Nom et adresse de votre Mutuelle complémentaire :
Nom et adresse de votre compagnie d'assurance N° de Police :
Groupe Sanguin (facultatif) :

V - Renseignement et autorisations

Nom et tél. du médecin traitant :

Nom : Prénom :
Adresse :
Tél. domicile : travail : portable :
Nom et tél. du médecin traitant :

IV - Responsable légal de l'enfant :

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Allergies : médicamenteuses oui non
alimentaires oui non
asthme oui non
autres oui non