

Pôle Ados – Dômes Sancy Artense

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS : joindre la copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant.

Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, 11 vaccinations sont désormais obligatoires :

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)
- Coqueluche
- Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b
- Hépatite B
- Infections invasives à pneumocoque
- Méningocoque de sérogroupe C
- Rougeole, oreillons et rubéole.

Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018, seul le DTP est obligatoire.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence : 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)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non
 ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) dans le cadre scolaire : Oui Non

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui Non

DES LUNETTES : Oui Non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui Non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui Non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4- AUTORISATION

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. FIXE DOMICILE : BUREAU :

TÉL. PORTABLE 1 : TEL .PORTABLE 2 :

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 l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature des parents / ou des responsables légaux :