

FICHE SANITAIRE DE LIAISON de l'enfant Année 202 / 202

Document confidentiel

NOM de l'enfant : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **Pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES <u>Pour les enfants nés à partir de 2018</u>	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DTP				Hépatite B	
				Méningocoque	
Autres <small>(préciser)</small>				Pneumocoque	

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids de l'enfant : .. kg Taille : ... cm

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? Oui non

A titre informatif, quel traitement et quels médicaments :

L'enfant présente-t-il un problème de santé oui non si oui préciser
(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates & précautions à prendre.

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non si oui (joindre une copie du protocole d'intervention défini par le médecin, la trousse au nom de l'enfant avec les médicaments en cours de validité et toutes informations utiles) **Les seuls médicaments administrés aux Arbres Fleuris le seront dans le cadre d'un PAI.**

Votre enfant est-il porteur d'un handicap oui non lequel

3- ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES ÉVOCATEURS ET LA CONDUITE À TENIR

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Toutes informations qui peuvent faciliter l'accueil de votre enfant dans la collectivité (lunettes, prothèses auditives, dentaires, comportement de l'enfant, difficultés et attentions particulières...)

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....