

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....  Fille  Garçon

Régime alimentaire (un seul choix possible) :  Standard  Sans porc  Végétarien  Sans viande

### 1 – VACCINATIONS (joindre la copie nominative du carnet de santé partie vaccins)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
<b>POUR LES ENFANTS NES AVANT LE 1<sup>ER</sup> JANVIER 2018</b>					
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Haemophilus	
<b>Ou</b> Tétracoque				BCG	
				Autres (préciser)	
<b>POUR LES ENFANTS NES A PARTIR DU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2018*</b>					
Diphtérie-Tétanos- Poliomyélite					
Hépatite B					
Rubéole-Oreillons-Rougeole					
Coqueluche					
Pneumocoque					
Méningocoque C					
Haemophilus					

➤ Les vaccinations obligatoires réalisées aux âges précisés dans le calendrier vaccinal publié par le ministère de la santé, seront exigées pour l'entrée ou le maintien en collectivité.

➤ Si toutefois l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

➤ Si traitement médical ponctuel, veuillez joindre une ordonnance et le.s médicament.s correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice). Ces documents doivent être accompagnés d'une autorisation écrite du responsable légal de l'enfant permettant au personnel d'administrer le.s médicament.s.

➤ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

➤ Les médicaments sont à remettre en main propre au responsable de la structure d'accueil (**Ne pas les laisser dans le sac de l'enfant**).

➤ **Sans ces informations, la CCCE s'autorise le droit de ne pas administrer le médicament**

### P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours

Oui  Non (joindre le protocole et le document de la CCCE accompagnant sa mise en place)

### ALLERGIES / INTOLERANCES / MALADIES CHRONIQUES justifiées par un médecin (à préciser) :

MÉDICAMENTEUSES : .....

ALIMENTAIRES : .....

ASTHME : .....

AUTRES : .....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIES, ACCIDENTS, HOSPITALISATIONS, OPÉRATIONS, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE AINSI QUE LE PORT DE LUNETTES, DE LENTILLES, D'APPAREIL DENTAIRE OU AUDITIF, COMPORTEMENT DE L'ENFANT, DIFFICULTE DE SOMMEIL...

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

**MÉDECIN TRAITANT :**

NOM : .....

ADRESSE : .....

N° DE TÉLÉPHONE : .....

**3- AUTORISATIONS**

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

J'autorise mon enfant à sortir aux abords de la structure pour les activités de loisirs proposées par les animateurs (parc de jeux, jeux de pistes, balades, activités de plein air, etc) :  Oui  Non

**5-RESPONSABLES DE L'ENFANT**

*Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'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.*

**REPRESENTANT LEGAL 1 :** NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE / PORTABLE : ..... TEL PRO : .....

Date :

Signature :

**REPRESENTANT LEGAL 2 :** NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE / PORTABLE : ..... TEL PRO : .....

Date :

Signature :