

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors de la fréquentation de votre enfant au péricolaire.

### A) ENFANT :

NOM : ..... PRENOM: .....

Sexe : M / F

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

### B) VACCINATIONS :

DESCRIPTIF	NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL
<u>Diphtérie+Tétanos+Coqueluche+Polio</u>	- <u>Infanrix</u> - <u>Boostrix</u> - <u>Repevac</u> - <u>Tétravac</u>	
<u>Ou Diphtérie+Tétanos+Polio</u>	- <u>DT Polio</u> - <u>Revaxis</u>	
<u>Ou Tétanos seul</u>	- <u>Tetavax</u>	
<u>Ou Polio seul</u>	- <u>Imovax polio...</u>	
<u>Tuberculose</u>	- <u>BCG</u> - <u>Monovax...</u>	
<u>Hépatite B</u>	- <u>Engérix</u> - <u>Genhevac</u> - <u>HBVax...</u>	
<u>Rougeole-Oreillons-Rubéole</u>	- <u>ROR</u> - <u>Priorix...</u>	

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, IL FAUT JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.**

### C) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

➤ L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON

*(Si oui, merci de nous mettre l'ordonnance avec les médicaments. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance).*

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

Rubéole :  Oui  Non    Varicelle :  Oui  Non    Angine :  Oui  Non

Rhumatisme :  Oui  Non    Scarlatine :  Oui  Non    Coqueluche :  Oui  Non

Otite :  Oui  Non    Rougeole :  Oui  Non    Oreillons :  Oui  Non

➤ **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....

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

**D) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

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

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

**E) RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CP : ..... VILLE : .....

TEL FIXE : ..... TEL PORT : .....

TEL TRAVAIL : .....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : .....

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

Date :

Signature :