



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE 20__ - 20__

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

1- ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / __

Garçon

Fille

PARENT 1

NOM : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : _____

PARENT 2

NOM : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : _____

2- VACCINATIONS

Les copies du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant sont obligatoires.

Documents fournis : oui non

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? oui non

Si OUI, le P.A.I est à remettre au responsable de l'accueil au premier jour de présence de l'enfant.*

- L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance, ni sans P.A.I.

- L'enfant a-t-il des **allergies** ?

ASTHME OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

MÉDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie (PAI ou non) et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

- Votre enfant est-il en situation de handicap ? oui non Précisez.....

Si oui, bénéficie t-il de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant handicapé) ? : oui non

Si oui, merci de joindre la notification en cours ainsi que son numéro AEEH :.....`

Pour une première inscription, une rencontre avec le ou la responsable de l'activité est demandée afin de mettre en place un accueil adapté pour votre enfant.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

- Votre enfant suit-il **un régime alimentaire particulier** : Sans porc Sans viande
- Votre enfant a-t-il **des difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre** :

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

Pour les séjours uniquement : votre enfant mouille t-il son lit : oui non occasionnellement

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse _____

Numéros de téléphone portable : _____ travail : _____

Personnes pouvant venir chercher l'enfant :

NOM : _____ Prénom : _____ Portable : _____

NOM : _____ Prénom : _____ Portable : _____

NOM : _____ Prénom : _____ Portable : _____

A Meylan le :

Signature :

Année 20__ - 20__

A Meylan le :

Signature :

Année 20__ - 20__

A Meylan le :

Signature :