



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019/2020

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LES ACTIVITES DE L'ENFANT.

Enfant

Nom : Prénom : Date de naissance : ___/___/___ Sexe : Fille / Garçon

Personne à prévenir en cas d'urgence téléphone(s) : ___/___/___/___ ou ___/___/___/___ ou ___/___/___/___

N° de sécurité sociale de l'enfant :

I) VACCINATIONS

(Joindre la photocopie du carnet de vaccination ou un certificat médical de vaccination)

Date de la dernière injection du Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (obligatoire) :

Mon enfant présente une /des contre-indication(s) médicale(s) à la vaccination contre la Diphtérie et/ou la Poliomyélite. (Joindre le certificat de contre-indication ; la vaccination antitétanique ne présente aucune contre indication)

II) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (rayer mention inutile)

Rubéole : oui / non Varicelle : oui / non Angine oui / non Rhumatisme articulaire aigu : oui / non

Scarlatine : oui / non Coqueluche : oui / non Otite : oui / non Rougeole : oui / non Oreillons oui / non

ALLERGIES

.....
.....

DIFFICULTES DE SANTE (Précisez si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation...) en précisant les dates et les précautions à prendre) :

.....
.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (ports de lunettes, appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant...)

.....
.....

Avez-vous un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) au sein de l'école de votre enfant ?

Non / Oui, mis en place le ___/___/___

Nom du médecin traitant : _____ Tél : ___/___/___/___/___

Commune : _____

Médicaments : Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant, sauf sur présentation de l'ordonnance d'un médecin. Dans ce cas, les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin. Les nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage

En cas d'urgence : Votre enfant sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté. Une personne de l'équipe d'animation accompagnera votre enfant. Vous en serez prévenu dans les meilleurs délais. Le médecin décidera si nécessaire de pratiquer tous les soins indispensables.

FAIT LE : ___/___/___ A : _____

SIGNATURE des parents ou responsables légaux de l'enfant