

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année : 20..... / 20.....

- Restauration scolaire     Garderie scolaire     Espace Jeunes     Atelier arts plastiques  
 Accueils Collectifs de Mineurs     Atelier Théâtre

ÉCOLE : .....

### 1 - ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....  Masculin  Féminin

Adresse : .....

.....

### 2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

➤ **Responsable 1** Nom : ..... Prénom : .....

en qualité de :  Père  Mère  Tuteur  Assistant(e) familial(e)  Autres .....

Adresse : .....

.....

Domicile: ...../...../...../...../.....  Portable: ...../...../...../...../.....  Professionnel: ...../...../...../...../.....

➤ **Responsable 2** Nom : ..... Prénom : .....

en qualité de :  Père  Mère  Tuteur  Assistant(e) familial(e)  Autres .....

Adresse : .....

.....

Domicile: ...../...../...../...../.....  Portable: ...../...../...../...../.....

Professionnel: ...../...../...../...../.....

**Situation familiale entre les 2 responsables:**  Célibataire  Concubinage  Mariés  Séparés  Divorcés  Pacés

Veuf(ve)

### 3 - VACCINATIONS

Transmettre la **copie du carnet de vaccination** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).  
A défaut de celle-ci, fournir un **certificat médical du médecin attestant que les vaccins de votre enfant sont à jour.**

### 4 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

#### ■ INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ETC..... Précisez

.....

Indiquez **les difficultés de santé** (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre**.....

.....

■ **TRAITEMENT MÉDICAL - MALADIES - ALLERGIES**

\*L'enfant suit-il un **traitement médical** :  oui  non

Si **oui** => **pour les Accueils Collectifs de Mineurs** : joindre une **ordonnance** récente justifiant la prise pendant l'accueil de loisirs et les **médicaments** correspondants ( boîtes de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

=> **pour les autres activités** : pas d'administration de traitement sans P.A.I vu avec le médecin scolaire

\*L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies suivantes** ? (entourez les maladies effectuées)

Rubéole - Angine - Varicelle - Coqueluche - Otite - Rougeole - Oreillons - Scarlatine - Rhumatisme articulaire aigu

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

Asthme :  oui  non    Médicamenteuses :  oui  non    Alimentaires :  oui  non

Autres : .....

**Si OUI**, un **P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)** doit être mis en place auprès du médecin scolaire - 03/20/38/45/03.

L'enfant bénéficie t-il d'un P.A.I. en cours pour sa scolarité :  oui  non

■ **HANDICAP**

L'enfant présente t-il un **handicap** :  oui  non    Si oui :

Précisez quel type de handicap : .....

L'enfant a t-il une reconnaissance **MDPH (Maison Départementale des personnes Handicapées)** :  oui  non

■ **REGIME ALIMENTAIRE**

Indiquez le régime alimentaire de votre enfant :  standard  substitution  P.A.I

Je soussigné,  Responsable 1  Responsable 2, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Haubourdin, le.....

Signature **Responsable 1** :

Signature **Responsable 2** :