	FICHE SANITAIRE DE LIAISON **DOCUMENT CONFIDENTIEL** Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR:

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : *taper xx/xx/xx*

SEXE : **M** ☐ **F** ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant en cas de nécessité de prise en charge par les 1ers secours

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES *taper xx/xx/xx*
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATIONS

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Kg Taille : cm

(informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant l'année scolaire en cours ? 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES

ALIMENTAIRES : Oui Non

MEDICAMENTEUSES : Oui Non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : Oui Non

Précisez

Si oui, joindre un **PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) en respectant la procédure précisée dans la "Fiche de renseignements services périscolaires"**

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser Oui Non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, etc…

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL:

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL:

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL:

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e) responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engageà les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de la garderie et de la cantine scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : *(xx/xx/xx)* Signature :