

# Fiche Sanitaire de Liaison 2021-2022

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant la garde de votre enfant.  
Veuillez la remplir à l'aide de son carnet de santé et si besoin de son médecin.

## 1 – ENFANT

NOM - PRENOM	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	/ / à
NATIONALITE	
SEXE	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille

## 2 - PARENTS

	MERE	PERE
NOM		
PRENOM		
☎ TELEPHONE PORTABLE	___ / ___ / ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ / ___ / ___

## 3 – INFORMATIONS MÉDICALES

### 3.1 – VACCINATIONS

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PAGES « VACCINATIONS » DU CARNET DE SANTE**

(à fournir à chaque nouvelle vaccination)

<u>VACCINS OBLIGATOIRES</u>	Dates des derniers rappels	<u>VACCINS RECOMMANDES / OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NES APRES LE 01/01/2018</u>	Dates des derniers rappels
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite		Haemophilus influenza de type b	
<b>OU</b> DT Polio		Pneumocoque	
<b>OU</b> Tétracoque		Méningocoque	
		Rubéole Oreillons Rougeole	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. En l'absence de justificatif à l'arrivée de l'enfant, un accueil provisoire de 3 mois peut être envisagé. L'inscription définitive dépend alors de la vaccination effective de l'enfant durant ce délai.

### 3.2 – ANTECEDENTS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX

**JOINDRE LES PAGES « MALADIES INFECTIEUSES » DU CARNET DE SANTE**

Indiquez ci-dessous les **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** jugées comme susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil, en précisant les dates et les **PRECAUTIONS A PRENDRE** :

.....

### 3.3 – PATHOLOGIES CHRONIQUES OU AIGUËS

Indiquez ci-dessous les **PATHOLOGIES CHRONIQUES OU AIGUËS** en cours :

.....

Si votre enfant présente une pathologie chronique ou aiguë (de courte ou de longue durée), merci de nous transmettre **impérativement l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice**, sans quoi les médicaments ne pourront être administrés à l'enfant..

### 3.4 – ALLERGIES ET PRISE EN CHARGE PARTICULIERE DE L'ENFANT

Indiquez ci-dessous les allergies ou les particularités nécessitant une prise charge spécifique de l'enfant :

L'enfant est-il suivi dans le cadre d'un protocole d'Accueil Individualisé ?

- Oui - Merci de nous fournir le **Protocole d'Accueil Individualisé**  
 Non - Pas de prise en charge particulière

### 3.5 – MEDECIN TRAITANT A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Dr ..... ☎ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 4 – REGIME ALIMENTAIRE

Afin de respecter vos différences de régime alimentaire, veuillez nous préciser si votre enfant consommera des repas :

- SANS PORC                                       VEGETARIEN

### 5 – AUTORISATIONS

#### 5.1 – AUTORISATION PARENTALE

J'autorise le personnel du Service Enfance à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.

#### 5.2 – AUTORISATION DE TRANSPORT

J'autorise le transport de mon enfant par le Service Enfance.

#### 5.3 – AUTORISATION DE PARTIR SEUL

J'autorise mon enfant à partir seul                       Je n'autorise pas mon enfant à partir seul

#### 5.4 – AUTORISATION D'APPLICATION DE CREME SOLAIRE

En cas de forte chaleur, j'autorise le personnel à appliquer sur mon enfant de la crème solaire.

#### 5.5 – AUTORISATION DE DIFFUSION DE L'IMAGE

J'autorise mon enfant à être photographié :  oui     non

J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant :

- en interne (dans les locaux du Service Enfance (affichages, bricolages, etc...)) :  oui     non  
 - en externe (bulletin municipal, site internet, programmes, ...) :  oui     non

### 6.4 – PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE et/ou AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT

#### (AUTRES QUE PARENTS)

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT	TELEPHONE	CONTACTER EN CAS D'URGENCE (COCHER)
			____ / ____ / ____ / ____ / ____	
			____ / ____ / ____ / ____ / ____	
			____ / ____ / ____ / ____ / ____	
			____ / ____ / ____ / ____ / ____	
			____ / ____ / ____ / ____ / ____	
			____ / ____ / ____ / ____ / ____	

Je soussigné(e) ..... certifie que l'ensemble des renseignements fournis et rédigés sur cette fiche sont complets et exacts.

Fait à ....., le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

**Signature :**