**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025**AUTORISATIONS ET RENSEIGNEMENTS D’ORDRE MEDICAL POUR LES TEMPS D’ACCUEIL PERISCOLAIRES

L’enfant : NOM : *...................................................*
 PRENOM : : *...................................................*
 DATE DE NAISSANCE : : *....../............../................*
 GARCON [ ]  FILLE [ ]

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant) **Pas de photocopie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VACCINS | DATE DU DERNIER RAPPEL | AUTRES VACCINS | DATE |
| Diphtérie  |  | Infections invasives à pneumocoque |  |
| Tétanos | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite | Hépatite B |  |
| Coqueluche | Méningite groupe C |  |
| Influenzae b | Autres |  |

1. **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

A titre indicatif, l’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Entourer)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLEOui Non | VARICELLEOui Non | ANGINEOui Non | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUOui Non | SCARLATINEOui Non |
| COQUELUCHEOui Non | OTITEOui Non | ROUGEOLEOui Non | OREILLONSOui Non |  |

Allergies : ASTHME [ ]  Oui [ ]  Non
 ALIMENTAIRE [ ]  Oui [ ]  Non
 MEDICAMENTEUSES [ ]  Oui [ ]  Non
 AUTRES : *..................................................................................................................................................................................................................................................................................*

**P.A.I** (projet d’accueil individualisé) en cours

 Oui [ ]  (joindre le protocole et toutes informations utiles) Non [ ]  *..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**: *....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

1. **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LUNETTES : oui [ ]  non [ ]

DES PROTHESES AUDITIVES : oui [ ]  non [ ]

DES PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE : oui [ ]  non [ ]

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRECISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire) :

 *..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

1. **AUTORISATIONS**

J’autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui [ ]  non [ ]

1. **MEDECIN RESPONSABLE DE L’ENFANT**

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT : *.....................................................................................................................................................*

REMARQUES  *.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

Je soussigné(e), *..................................................................................................* responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant, ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou d’un service d’urgence seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.

Date : *......../......../...............* Signature du ou des responsables légal(aux)  de l'enfant (père, mère tuteur) :

 *...................................................*

 *...................................................*