

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Conformément aux articles L3111-I à L3111-II du code de la santé public et à l'arrêté du 20 février 2013, les parents doivent communiquer les informations médicales suivantes :

- Vaccinations obligatoires et/ou contre-indications (fournir une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations ou attestation d'un médecin)
- Antécédents médicaux ou chirurgicaux ou tout autre élément d'ordre médical susceptible pour les parents ou le représentant légal du mineur d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour
- Pathologies chroniques ou aiguës en cours (voir arrêté susvisé et établissement d'un P.A.I. conventionnel). Ils pourront être amenés à fournir un certificat médical de « non-contre-indication » suivant le type d'activité physique pratiquée

I – ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE : Masculin Féminin

2 – VACCINATIONS

(joindre obligatoirement une copie des vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Hépatite B	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Rubéole – Oreillon - Rougeole	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Coqueluche	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ou DTP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Autres (préciser) : <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ou Trétacoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Cochez les maladies déjà contractées par l'enfant :

- ANGINE VARICELLE OREILLONS COQUELUCHE ROUGEOLE
 ASTHME RHUMATISMES SCARLATINE OTITE Autres (préciser) :

L'enfant a-t-il déjà subi des interventions chirurgicales ? NON OUI (préciser) :

L'enfant dispose-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ?

- NON OUI Type d'allergie : Alimentaire Autres (préciser) :

*(Dans ce cas-ci, fournir **obligatoirement** la prescription médicale)*

L'enfant suit-il un traitement médical ? NON OUI **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Ecoles/ALAE/ALSH : Joindre obligatoirement une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Les personnels d'animation ne sont pas habilités à administrer des médicaments. Ils ne peuvent qu'aider à la prise de médicaments, c'est-à-dire mettre en œuvre les conditions de prise nécessaires. Seuls les parents ou le médecin de l'enfant peuvent déterminer si l'enfant est capable ou pas de prendre seul ses médicaments

Crèches : Tout traitement pourra être administré par les personnels compétents selon les conditions fixées dans le règlement de fonctionnement de l'Etablissement d'accueil.

4 – MEDECIN TRAITANT

NOM / Prénom : Téléphone:

Adresse :

5 – ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

INDIQUER CI-APRES :

Les difficultés ou antécédents de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les précautions à prendre ?

L'appareillage de votre enfant : porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?

Autres éléments à apporter à notre connaissance afin d'avoir le gage d'une prise en charge la plus adaptée à votre enfant.

Je soussigné(e) responsable légal et titulaire de l'autorité parentale de l'enfant déclare exacts tous les renseignements portés à cette fiche de liaison sanitaire.

A Cornebarrieu,

Date :

Signature :