

# Fiche sanitaire de liaison

## Enfant

Nom et Prénom:.....

Maternelle       Elémentaire

### Coordonnées des parents ou représentants légaux

Nom et Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél du domicile : .....

Tél portable personnel : .....

Tél professionnel : .....

Nom et Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél du domicile : .....

Tél portable personnel : .....

Tél professionnel : .....

### Autres personnes à contacter en cas d'urgence (obligatoire)

01- Nom et Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél du domicile : .....

Tél portable personnel : .....

Tél professionnel : .....

2 - Nom et Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél du domicile : .....

Tél portable personnel : .....

Tél professionnel : .....

≥ Nom/prénom du médecin traitant : .....

Téléphone : .....

## Renseignements médicaux

**Joindre obligatoirement une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant**

Port de :  lentilles  lunettes  
 prothèses auditives  
 prothèses dentaires  
 autres, à préciser.....

## Santé de l'enfant

### Votre enfant présente un problème de santé :

Allergie(s) ou intolérance(s) alimentaire(s) médicament justifiée(s)  
à préciser.....

Asthme

Autre problème de santé  
à préciser.....

**Votre enfant présente une allergie médicamenteuse**  
à préciser.....

**Votre enfant suit un traitement médicamenteux**  
à préciser.....

**Si vous souhaitez mettre un PAI en place merci de prendre contact avec le responsable de la structure.**

**Renouvellement de PAI (à renouveler chaque année)**

### VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole  Varicelle  Angine  Coqueluche  Otite   
Rhumatisme Articulaire Aigue  Scarlatine  Rougeole   
Oreillons

Autre : .....

**Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	Autres VACCINS (obligatoire pour les enfants nés à partir de janvier 2018)	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Pneumocoque	
		Méningocoque C	
		Coqueluche	
		Haemophilus	
		Autres (préciser)	

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

Les **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION, ...) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

.....  
 .....  
 .....  
 .....

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

Je m'engage à informer L'AGES de toute modification relative à mes coordonnées ou à l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

A ....., le ..... / ..... / .....

Signature