



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022/2023

Association PRÉALIS :
Accueil Périscolaire-Restauration Scolaire

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le temps périscolaire de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en août 2023. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année périscolaire.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les activités? 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 pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

Allergies : **ASTHME** oui ☐ non ☐ **ALIMENTAIRES** oui ☐ non ☐ **MÉDICAMENTEUSES** oui ☐ non ☐
AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Les enfants qui présentent des allergies alimentaires, de l'asthme ou toute autre maladie **nécessitant une attention particulière ou un traitement médicamenteux** ne peuvent prétendre aux prestations **qu'après accord du médecin** référent de l'association (Dr RISSE : 03.89.41.24.11).

Si l'allergie ou la maladie chronique ne concerne pas le temps de cantine ou périscolaire, ne rien inscrire.

Indiquez ci-après :

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

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

5 - PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le représentant légal)

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	N° DE TÉLÉPHONE
			Fixe : Portable :
			Fixe : Portable :
			Fixe : Portable :

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité sur site à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le (la) directeur(trice) des activités périscolaires à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom : _____ Tél : _____

Date :

Signature :