

Année Scolaire 2017-2018

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**Acel du gros caillou**

**Accueil périscolaire et de loisirs**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT LA SANTE DE VOTRE ENFANT

**L'ENFANT**

NOM .....

Prénom.....

Date de naissance .....

Sexe :  garçon  fille

**1. VACCINATION**

(se référer au carnet de santé pour spécifier les dates ou fournir une copie des pages de vaccination)

VACCINATION OBLIGATOIRE	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite <b>OU</b> DT polio <b>OU</b> tétracoq			

SI VOTRE ENFANT N'A PAS LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION

**2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant suit-il un traitement médical à l'année?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments correspondants** (médicaments dans l'emballage d'origine avec la notice marqué au nom de l'enfant.) En traitement ponctuel ou régulier, AUCUN médicament ne sera délivré sans ordonnance.

**VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES?**

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

**ALLERGIES:**

ASTHME  oui  non

MEDICAMENTEUSES  oui  non

ALIMENTAIRES  oui  non

AUTRES .....

Si votre enfant est allergique, un P.A.I. (projet d'accueil individualisé) a-t-il été mis en place dans son école?

oui (dans ce cas, joindre une copie du PAI)  non

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

**VOTRE ENFANT SUIV-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER?**

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

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

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

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES ETC...  
PRECISEZ

.....  
.....

**4. PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES**

Votre enfant est-il apte à la pratique d'activités physiques  oui  non  
si non fournir un certificat médical de contre-indication.

CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION **OBLIGATOIRE** POUR TOUTE ACTIVITE SPORTIVE (éveil corporel, jiu jitsu...)

**5. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

NOM .....PRENOM.....

ADRESSE.....

TEL DOMICILE..... PORTABLE.....

N° de sécurité sociale .....

TEL DU LIEU DE TRAVAIL .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT.....

**6. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

**Personne 1 :**

Nom .....prénom.....

Adresse.....

Tel domicile..... Portable.....

Tel du lieu de travail .....

Lien avec le responsable légal .....

**Personne 2**

Nom .....prénom.....

Adresse.....

Tel domicile..... Portable.....

Tel du lieu de travail .....

Lien avec le responsable légal .....

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

Date et signature