

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de Naissance : _____

ALLERGIES

Asthme oui non
Médicamenteuses oui non Laquelle ? _____
Alimentaires oui non Laquelle ? _____
Autres (précisez) : _____
(PAI) fourni oui non

DIFFICULTES DE SANTE et TRAITEMENT MEDICAL

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, handicaps, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et **précautions à prendre**.

L'enfant suit-il un **traitement médical** sur le temps d'accueil au CSC Laetitia ? 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.

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) oui non
 L'avez-vous fourni pour l'année scolaire en cours (mise à jour obligatoire chaque année) oui non

En cas d'allergie alimentaire,
 Avez-vous complété le **formulaire spécifique** pour la commande de repas ? oui non
 Si non, merci de nous le demander.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, repas spécifiques....

MALADIES INFANTILES

Scarlatine oui non **Varicelle** oui non **Rougeole** oui non **Otite** oui non
Coqueluche oui non **Oreillons** oui non **Rubéole** oui non **Angine** oui non
Rhumatismes articulaires oui non

VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Date des derniers rappels
D.T.Ca.P (Diptérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche)		Hépatite B	
		Rubéole- Oreillons-Rougeole	
		BCG	
		Méningocoque/ pneumocoque	

RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Date : _____ Signature du responsable légal : _____