



## 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 (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche)		Hépatite B	
		Rubéole- Oreillons-Rougeole	
		BCG	
		Méningocoque/ pneumocoque	

### RESPONSABLE LEGAL

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Date :

Signature du responsable légal :