MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

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 :**

02-40-40-76-30 • 49, rue du Chanoine Larose • 44100 NANTES
E-mail : accueil@laetitia-nantes.fr Site : http://www.laetitia-nantes.fr