



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
**Année scolaire 2016-2017**  
**Vacances d'été 2017**

*Photographie de  
l'enfant*

Document commun aux ALP et à l'ALSH de la commune de FABREGUES

**I. ENFANT**      NOM:..... Prénoms: .....  
 SEXE: Garçon       Fille   
 Date de naissance: ..... / ..... / ..... Lieu de naissance:.....

**II. VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS PRATIQUÉS (selon recommandations)	DATES
DIPHTERIE		HEPATITE B	
TETANOS		RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
POLIOMYELITE		COQUELUCHE	
OU DT POLIO		MENINGOCOQUE C	
		AUTRES (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical**?      OUI       NON

**Si oui, avant le premier jour de présence de l'enfant, mettre en place un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) valable un an.**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES:

RUBEOLE			VARICELLE			ANGINES			RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGÛS			SCARLATINE		
NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI

COQUELUCHE			OTITES			ROUGEOLE			OREILLONS		
NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI

Groupe sanguin:..... Rhésus:.....

**ALLERGIES:**

ASTHME                              OUI       NON   
 MEDICAMENTEUSES      OUI       NON   
 ALIMENTAIRES              OUI       NON   
 AUTRES.....

**PRECISER LES ALLERGIES ET LA CONDUITE A TENIR**

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

**INDIQUEZ CI-APRES:**

LES DIFFICULTES DE SANTE, maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE:

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

**IV. RECOMMANDATION DES PARENTS:**

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

.....  
.....

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

NOM:.....PRENOM:.....

ADRESSE:.....

.....

TELEPHONE FIXE DOMICILE:.....BUREAU:.....

PORTABLE:.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT:.....TELEPHONE:.....

ADRESSE:.....

**Nom de l'organisme d'assurance maladie remboursant les soins de l'enfant:**

CPAM     MSA     Autres (précisez):.....

N° de sécurité Sociale:.....

Je soussigné(e),.....responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage, le cas échéant, à signaler par écrit, toute modification devant être apportée à la présente fiche sanitaire de liaison en cours d'année scolaire.

***En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.***

A ..... Le ..... / ..... / .....

**Signature du ou des responsables légaux** ( préciser père-mère ou tuteur légal)