



## Fiche sanitaire de liaison

Accueil périscolaire – 2020/ 2021



Ce document confidentiel permet de recueillir les informations médicales et autorisations diverses utiles à l'accueil de votre enfant sur tous les temps de l'accueil périscolaire

**Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccinations.**

<b>Nom :</b>
<b>Prénom</b>
<b>Date de naissance :</b>
<b>Sexe :</b>
<input type="radio"/> masculin
<input type="radio"/> féminin

### ↳ Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien

---

### ↳ Vaccination

**Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccinations.**

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre indication.

---

## ↳ Renseignement médicaux concernant l'enfant :

### Coordonnées du médecin traitant :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otites		
Angine			Asthme		
Rhumatisme			Rougeole		
Scarlatine			Oreillons		

L'enfant suit-il un traitement ?     OUI             NON

Si oui, lequel?

.....  
(Joindre une ordonnance récente, une autorisation parentale écrite d'administrer un traitement, et les médicaments correspondants [boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine au nom de l'enfant, avec la notice]).

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

---

## ↳ Allergies

Asthme :  OUI     NON

Médicamenteuse :  OUI     NON    Précisez : .....

Alimentaire :  OUI     NON    Précisez : .....

Autre :  OUI     NON    Précisez : .....

Précisez la conduite à tenir :

.....  
.....

**Votre enfant bénéficie t-il d'un PAI ?**  OUI  NON

Si oui, merci de fournir une copie (**OBLIGATOIRE**)

Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

---

**↳ Recommandation utiles des parents :**

- Port de lunettes  Port de lentilles  Port d'appareil dentaire  Port d'appareil auditif,  
 Comportement de l'enfant  difficulté de sommeil  énurésie nocturne  autre

Précisez : .....

**↳ Responsable de l'enfant :**

Nom et adresse du centre de Sécurité Sociale (CPAM, MSA, MGEN...) :

.....

N° de sécurité sociale :

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

A,

Le,

Signature :