

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

année scolaire 2014-2015

## 1/ ENFANT

CLASSE (fréquentée à la rentrée 2014)      PS                      MS                      GS                      CP  
*entourer la réponse*                                      CE1                      CE2                      CM1                      CM2  
NOM (de l'enfant) : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (de l'enfant) : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

Date de naissance :      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_                      Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

## 2/ VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	oui	non	dates dernier rappels	Vaccins recommandés	dates dernière vaccination
Diphtérie			___ / ___ / _____	Hépatite B	___ / ___ / _____
Tétanos			___ / ___ / _____	R-O-R	___ / ___ / _____
Poliomyélite			___ / ___ / _____	Coqueluche	___ / ___ / _____
<b>Ou</b> DT Polio			___ / ___ / _____	BCG	___ / ___ / _____
<b>Ou</b> Tétracoq			___ / ___ / _____	Autres (préciser)	___ / ___ / _____

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

## 3/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui, **joindre une ordonnance récente** et **remettre** les médicaments correspondants, dans leur **emballage d'origine marqué du prénom** de l'enfant avec la notice, **au responsable de l'accueil** des TAP.

**Aucun médicament ne doit rester en possession des enfants, ni être administré sans ordonnance.**

Groupe sanguin :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	oui	non		oui	non		oui	non
Rubéole			Coqueluche			Allergie alimentaire précisions :		
Varicelle			Otite					
Angine			Rougeole			Allergie médicamenteuse précisions :		
Rhumatisme articulaire aiguë			Oreillons					
Scarlatine						Asthme		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

**Une ordonnance** du médecin décrivant le protocole à suivre devra être jointe à la trousse de secours à **remettre en main propre au responsable** de l'accueil.

Difficultés de santé et précautions à prendre (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation, trouble...) :

---



---



---



---

#### 4/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (OU RESPONSABLES LÉGAUX)

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...

Précisez :

---



---



---

#### 5/ RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

	MÈRE	PÈRE
nom	_____	_____
prénom	_____	_____
adresse(s)	_____	_____
code postal	_____	_____
ville	_____	_____
contact	fixe : _____	fixe : _____
	mobile : _____	mobile : _____
	autre : _____	autre : _____

## 6/ AUTORISATIONS PARENTALES

	OUI	NON
J'autorise l'équipe encadrante à prendre des photos de mon enfant pendant les activités pour illustrer des documents relatifs à l'accueil des TAP ; brochure, article de presse, ou site internet.		
J'autorise mon enfant à rentrer seul après les TAP (uniquement pour les primaires)		
J'autorise la/les tierce(s) personne(s) renseignées si dessous à venir récupérer mon enfants à l'école		

	NOM	PRÉNOM	CONTACT
1ER PERSONNE			
2ÈME PERSONNE			
3ÈME PERSONNE			

je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant,  
déclare exacts les renseignements porté sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant toutes  
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature des responsables légaux :