

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1- L'ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
N° SECURITE SOCIALE : _____	
BENEFICIE -T-IL : <input type="checkbox"/> DE LA CMU <input type="checkbox"/> D'UNE PRISE EN CHARGE S.S A 100 % <i>Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).</i>	

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Nous fournir une photocopie du carnet de vaccination ou un certificat du médecin.

Puis à mettre à jour lorsque votre enfant aura effectué ses vaccins des 6 ans

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil ? **OUI** **NON**

Si oui joindre **OBLIGATOIREMENT** une ordonnance récente et le traitement correspondants (*médicaments dans leur boîte d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice et la posologie*).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Vous pouvez aussi nous informer ci-après, du traitement médical général de l'enfant et des coordonnées du médecin traitant et/ ou du service éducatif :

.....

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES	ASTHME	MEDICAMENTEUSES	ALIMENTAIRES
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir ou régime alimentaire si besoin (exemple, mixé, sans porc.....)

.....

Votre enfant est-il bénéficiaire de L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)?

Information demandée par la CAF **OUI** **Non**

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours **OUI** **NON**

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

Autres difficultés de santé :

Indiquer ci-après **les difficultés de santé** éventuelles de votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation.....) en précisant les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (du médecin ou de l'équipe médico-sociale) concernant l'accueil de l'enfant : vie quotidienne, propreté, port de lunettes, temps de repos, doudous, changes, angoisses, habitudes :

.....

Pour une coordination des actions et dans l'intérêt de votre enfant, autorisez-vous l'équipe de l'AFR Trombines d'iroise à prendre contact avec des professionnels qui le suivent ?

OUI **NON**

Dans ce cas, merci d'indiquez leurs coordonnées :

NOM : Fonction : Tél :

NOM : Fonction : Tél :

NOM : Fonction : Tél :

<i>AUTRES RENSEIGNEMENTS, que vous jugez utile de porter à notre connaissance :</i>
.....
.....
.....

Je soussignée,.....**responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant (ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence)**

Date : _____ **Signature :**

--