

**SERVICE ENFANCE JEUNESSE**

11, rue de La Mairie
FONTAINE-GUERIN
49250 LES BOIS D'ANJOU
Tel : 06.46.18.53.39
Mail : enfance.jeunesse@boisdanjou.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

- Services Péri et Extra Scolaires -
Année scolaire 2018 / 2019

NOM : _____

PRÉNOM : _____

GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : _____

COMMUNE : _____

ECOLE : _____ Classe 2018-2019 : _____

1 – RENSEIGNEMENTS FAMILLES

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM		
Prénom		
Tél. Fixe		
Tél. Mobile		

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Les boîtes de médicaments doivent être dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

S'il s'agit d'un médicament à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites.

4 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

- **ALLERGIES :** ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ASTHME oui non AUTRES

- **PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

- **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, OPÉRATION ...) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**

- **SI VOTRE ENFANT SUIVIT UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :**

Sans viande Sans porc

- **SI VOTRE ENFANT A UN P.A.I** (projet d'accueil individualisé) :
(joindre le protocole et toutes informations utiles)

oui non

5 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL : DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREILS : oui non , si oui, lequel :

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, besoin de protection solaire)

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature du(des) responsables légal(aux) :

Fait à :

Le :

Signature précédée de « lu et approuvé » :