



Fiche Sanitaire de Liaison

ENFANT : GARCON FILLE

NOM Prénom :

Date de naissance :

RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES :

N° de sécurité sociale :
 Adresse centre payeur :

VACCINATIONS

Joindre **obligatoirement** un certificat de vaccination ou les photocopies des pages du carnet de santé. En ce qui concerne les enfants pour lesquels les vaccins sont contre-indiqués, joindre un certificat de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON
 Si oui, joindre impérativement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec emballage d'origine marquées au nom de l'enfant et contenant la notice)

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	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	OREILLONS	
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 ALIMENTAIRES	ASTHME	ALLERGIES MEDICAMENTEUSES	AUTRES, lesquelles :	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires...) :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM **Prénom**

Adresse pendant le séjour de l'enfant :

Téléphone :

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

DATE :

SIGNATURE :

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

Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : OUI NON

si oui, l'enfant aura-t-il une trousse de soins* : OUI NON

**Les parents sont tenus de fournir la trousse de soin dès le 1^{er} jour de l'accueil*



SCOLARISATION : cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments

CLASSE :

- Ecole maternelle
 Ecole élémentaire
 Collège
 Institution (IME, ITEP, IEM, IES...)
 A domicile

**Nom de l'école
ou de l'institution :**

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ? *cocher la case correspondante*

Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH – ULIS – matériel adapté

pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant

- Non
 Oui
 Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE *cocher la case correspondante (à détailler sur le verso de la fiche sanitaire)*

- Aucun
 Allergie
 Autres troubles de la santé
 Autres : précisez.....

SUIVI COMPLEMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour...) *cocher la case correspondante*

- Non
 Oui
 Ne souhaite pas répondre

BENEFICIAIRE DE L'AEH* *cocher la case correspondante*

**Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financements pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.*

- Non
 Oui
 Ne souhaite pas répondre

REMARQUES COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT