

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

Nom et Prénom de l'enfant :

.....
Date de naissance :

...../...../.....

Garçon

Fille

VACCINATION

L'enfant est-il vacciné pour le DT Polio ?

Oui

Non

(Si non, faire parvenir un certificat médical)

Date du dernier rappel :

ALLERGIES

Si réponse positive, fournir un certificat médical.

❖ Asthme

Oui

Non

Si oui, doit-il avoir son traitement à proximité ?

Oui

Non

❖ Alimentaire

Oui

Non

La ou lesquelles ?

❖ Médicamenteuses

Oui

Non

La ou lesquelles ?

❖ Autres

Oui

Non

Précisez :

MALADIES

❖ Votre enfant est-il porteur d'un handicap ?

Oui

Non

Le ou Lesquels ?

❖ L'enfant présente-t-il un trouble du comportement ?

Oui

Non

(difficultés d'apprentissage, hyperactivité, agressivité, hypotonie, retard,...)

Le ou lesquels ?

ANTECEDENTS

❖ L'enfant présente-t-il des difficultés de santé nécessitant des précautions particulières au quotidien ?

Oui

Non

Précisez :

❖ L'enfant a-t-il le mal de transport ?

Oui

Non

❖ Un PAI a-t-il été mis en place à l'école ?

Oui

Non

(Si oui, joindre une copie)

Si oui, nécessite-t-il un « Panier Repas » fourni par la famille ?

Oui

Non

APPAREILLAGES

❖ Lunettes ou lentilles

Oui

Non

- Tout le temps

Oui

Non

- Pour certaines activités

Oui

Non

❖ Prothèses auditives

Oui

Non

❖ Prothèses dentaires

Oui

Non

❖ Autres :



1. Pour toute prise de médicament qui doit se faire sur des temps périscolaires, vous devez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Date :

Signature :