

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

### ALLERGIES

**Asthme**  oui  non  
**Médicamenteuses**  oui  non Laquelle ? \_\_\_\_\_ :  
**Alimentaires**  oui  non Laquelle ? \_\_\_\_\_ :  
**Autres** (précisez) : \_\_\_\_\_  
 (PAI) fourni  oui  non

### DIFFICULTES DE SANTE et TRAITEMENT MEDICAL

Indiquez ci-après **les difficultés de santé** (maladie, accident, handicaps, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et **précautions à prendre**.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un **traitement médical** sur le temps d'accueil au CSC Laetitia ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant, avec la notice. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) fourni  oui  non

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, repas spécifiques....

\_\_\_\_\_

### MALADIES INFANTILES

**Scarlatine**  oui  non    **Varicelle**  oui  non    **Rougeole**  oui  non    **Otite**  oui  non  
**Coqueluche**  oui  non    **Oreillons**  oui  non    **Rubéole**  oui  non    **Angine**  oui  non  
**Rhumatismes articulaires**  oui  non

### VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Date des derniers rappels
D.T.Ca.P (Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche)		Hépatite B	
		Rubéole- Oreillons-Rougeole	
		BCG	
		Méningocoque/ pneumocoque	

Date : \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal :