



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

NOM Prénom de l'enfant :

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)**  oui  non  
 L'avez-vous fourni pour l'année scolaire en cours (mise à jour obligatoire chaque année)  oui  non

**En cas d'allergie alimentaire,**  
 Avez-vous complété le **formulaire spécifique** pour la commande de repas ?  oui  non  
 Si non, merci de nous le demander.

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

**RESPONSABLE LEGAL**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature du responsable légal : \_\_\_\_\_