

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(Fiche sanitaire confidentielle-secret médical)

(Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et des familles)

NOM : ..... PRENOM : .....

## VACCINATIONS

<i>Vaccins obligatoires</i>	<i>Dates des rappels</i>
Diphtérie, Tétanos, poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq	Photocopie du carnet à fournir,

## ALLERGIES

☞ Votre enfant a-t-il des allergies ?

Cocher les cases correspondantes

<u>Origines :</u>	<u>Manifestations de l'allergie :</u>
● Alimentaires <input type="checkbox"/> <i>Préciser :</i> .....	● Cutanée <input type="checkbox"/>
● Médicamenteuses <input type="checkbox"/> <i>Préciser :</i> .....	● Respiratoire <input type="checkbox"/>
● Pollens/ Graminées <input type="checkbox"/> <i>Préciser :</i> .....	● Rhinite <input type="checkbox"/>
● Autres <input type="checkbox"/> <i>Préciser :</i> .....	● Œdème <input type="checkbox"/>
	● Autres <input type="checkbox"/> <i>Préciser :</i> .....

## MALADIES CHRONIQUES

● Asthme <input type="checkbox"/>	● Épilepsie <input type="checkbox"/>
● Diabétique <input type="checkbox"/> <i>Préciser le type :</i> .....	● Autre maladie chronique <input type="checkbox"/> <i>Préciser :</i> .....

*Si l'une des cases est cochées, joindre l'Attestation Médicale fournie et la trousse d'urgence si nécessaire au Directeur de l'Accueil*

## REGIME ALIMENTAIRE

☞ Votre enfant a-t-il une intolérance ? <input type="checkbox"/>
<i>Préciser :</i> .....
☞ Votre enfant a-t-il un régime alimentaire? <input type="checkbox"/>
<i>Préciser :</i> .....
☞ Votre enfant a-t-il une alimentation particulière? <input type="checkbox"/>
<i>Préciser :</i> .....

## TRAITEMENT MEDICAL

☞ Votre enfant suit-il un traitement médical ? <input type="checkbox"/>
<i>Préciser les médicaments, la posologie, les précautions particulières :</i> .....
.....
.....
.....
.....
<i>*En cas de traitement, merci de nous fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marqué au nom de l'enfant à remettre au Directeur de l'accueil). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. Par mesure de sécurité, les enfants ne doivent en aucun cas détenir des médicaments sur eux.</i>

## P.A.I

☞ Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) .....

*Si Oui, joindre l'Attestation Médicale fournie et la trousse d'urgence si nécessaire au Directeur de l'Accueil*

### SANTE - HANDICAP

☞ Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, crises convulsives..).....

☞ Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou une école spécialisée ?.....

☞ Votre enfant est-il en situation de Handicap ou une autres situations impliquant une attention particulière ?

● Moteur .....

● Sensoriels.....

● Psychiatrique .....

● Psychologique et comportementale .....

● Maladie génétique .....

*Si l'une des cases est cochées, joindre l'Attestation Médicale fournie et la trousse d'urgence si nécessaire au Directeur de l'Accueil*

☞ Autre:(prothèses lentilles, lunettes...)

*Préciser, contre-indications et recommandations*

.....

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

☞ Personnes à prévenir en cas d'accident autres que les parents

Nom-Prénom	Qualité	Domicile	Mobile
		___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
		___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
		___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
		___/___/___/___/___	___/___/___/___/___

**Je soussigné(e) Mme, M..... (père- mère-représentant légal)\***

*\*Rayer la mention inutile*

☞ Autorise l'équipe pédagogique de l'EAJ et le Responsable du service jeunesse à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, d'accident grave ou de maladie survenant à mon enfant et pouvant entraîner une hospitalisation.

☞ Déclare l'exactitude des renseignements portés sur ce document

☞ M'engage à communiquer tout changement relatif à ces renseignements

La Seyne sur mer, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Signature des responsables légaux

### MISE A JOUR DU DOSSIER

Date :

Signature du responsable légal :