

Les informations demandées ci-après sont conformes au Code de l'Action Sociale et des Familles et à la fiche Cerfa n° 10008*02 relative à la fiche sanitaire de liaison.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1- L'ENFANT	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	
	N° SECURITE SOCIALE : _____	
BENEFICIE -T-IL : <input type="checkbox"/> DE LA CMU <input type="checkbox"/> D'UNE PRISE EN CHARGE S.S A 100 % <i>Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).</i>		

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Vous devez fournir une photocopie des vaccins

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil ? **OUI** **NON**

Si oui joindre **OBLIGATOIREMENT** une ordonnance récente et le traitement correspondants (*médicaments dans leur boîte d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice et la posologie*).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Vous pouvez aussi nous informer ci-après, du traitement médical général de l'enfant et des coordonnées du médecin traitant et/ ou du service éducatif :

.....
.....

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ASTHME **OUI** **NON** AUTRES (ex :crème solaire.....)
.....
ALLERGIES MEDICAMENTEUSES **OUI** **NON**
.....
ALIMENTAIRES **OUI** **NON**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) ou **régime alimentaire** si besoin (exemple, mixé, sans porc)

.....
.....

Autres difficultés de santé :

Indiquer ci-après **les difficultés de santé** éventuelles de votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours **OUI** **NON**

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

4– RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (du médecin ou de l'équipe médico-sociale) concernant l'accueil de l'enfant : vie quotidienne, régime alimentaire, propreté, port de lunettes, temps de repos, doudous, changes, angoisses, habitudes :

.....
.....

Pour une coordination des actions et dans l'intérêt de votre enfant, autorisez-vous l'équipe de l'AFR Trombines d'iroise à prendre contact avec des professionnels qui le suivent ? **OUI** **NON**

Dans ce cas, merci d'indiquez leurs coordonnées :

NOM : Fonction :Tél :
NOM : Fonction : Tél :
NOM : Fonction :Tél :

AUTRES RENSEIGNEMENTS, que vous jugez utile de porter à notre connaissance :

.....
.....
.....

Je soussignée,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant (ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence)

Date : _____ **Signature :**