



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CENTRE de LOISIRS et RESTAURANT SCOLAIRE D'AGONAC

1) L'enfant

Nom :

Prénom :

Garçon	
Fille	

Date de naissance :

jour	mois	année

2) Nom et coordonnées du médecin traitant de l'enfant :

Nom :		Prénom :	
Adresse :	Rue :		
VILLE			
Téléphone fixe :		Portable :	

3) Vaccinations

Joindre obligatoirement à cette fiche la photocopie des vaccins avec le nom de l'enfant bien mentionné sur le carnet de santé

Rappel du calendrier des nouvelles obligations vaccinales

2/4/11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans
<ul style="list-style-type: none"> •Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche •Méningites •Pneumonies •Hépatite B 	<ul style="list-style-type: none"> •Rougeole, Oreillons, Rubéole : <p>ROR 1^{ère} injection</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Rougeole, Oreillons, Rubéole : <p>ROR 2^{ème} injection</p>	<p><u>Rappel :</u> DTPC</p>	<p><u>Rappel :</u> DTPC</p> <p>Pour les filles : infections à Papillomavirus humain (HPV)</p>
	à 5 mois (avec 2 ^{ème} injection à 12 mois), et possible jusqu'à 24 ans			
	Méningites et septicémies à méningocoque C			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, fournir obligatoirement un certificat médical de contre-indication vaccinale

4) Renseignements médicaux concernant l'enfant

•L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		OREILLONS		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		RHUMATISMES	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

•Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?

oui	non
-----	-----

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Les remettre dans une trousse ou une boîte portant le nom de l'enfant. Les médicaments

doivent être dans les emballages d'origine, avec la notice correspondante. Attention, ce traitement à durée limitée est à remettre impérativement à la directrice, ou au directeur adjoint.

•Présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter ?

oui	non
-----	-----

•Allergies :

ASTHME	ALIMENTAIRE	MEDICAMENTEUSE	AUTRE

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI :

oui	non
-----	-----

Si tel est le cas, une rencontre avec la directrice s'impose afin de parler de sa pathologie, des aménagements et des soins à apporter à votre enfant. Une convention sera établie avec la mairie contenant les éléments complets du PAI.

•Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(maladies, accidents, hospitalisations, opérations chirurgicales....)

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

•L'enfant porte-t'il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ?

•L'enfant est-il sujet à de l'énurésie nocturne (camp), du somnambulisme, au mal du transport, etc. ?

Merci de préciser

.....

