

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Photo
récente
de
l'enfant
à coller

Services Enfance-Jeunesse de la Mairie d'OCTEVILLE SUR MER
Année scolaire 2021 / 2022.

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : ____ / ____ / ____

La fiche sanitaire de liaison est obligatoire, elle est à compléter par les parents et à remettre à la mairie lors de l'inscription de votre enfant au Service Enfance-Jeunesse et doit être renouvelée chaque année. (Restauration scolaire, Accueil périscolaire, Accueil de loisirs le mercredi, Accueil de loisirs pendant les vacances). Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé de votre enfant.
En l'absence de ce document votre enfant ne pourra pas être accueilli dans les services municipaux.

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

VACCINS	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.

ALLERGIES :

ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non ALIMENTATION SANS PORC oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES.....

SUIVI DES ENFANTS ASTHMATIQUES

Mon enfant fait des crises d'asthme nécessitant d'avoir une Ventoline à disposition. J'autorise l'équipe pédagogique à donner à mon enfant le traitement médical décrit précisément sur l'ordonnance jointe (à agraffer à la demande), selon les termes de la prescription (par voie orale ou inhalée). **Les médicaments** (avec nom et prénom inscrits sur les boîtes) **et l'ordonnance sont remis par les parents à l'équipe d'animation.**

Certifie que mon enfant ne fait plus de crise d'asthme.

Ne juge pas nécessaire de fournir une Ventoline à l'équipe périscolaire.

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

En cas de pathologies chroniques, intolérances alimentaires, allergies, un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être mis en place** (renseignements auprès du Directeur de l'école).

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

En cas d'allergie ou régime alimentaire spécifique, merci de fournir une photo récente de l'enfant.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX.

Je soussigné(e) _____

(Nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse

Code postal _____ Ville _____

Tél. portable _____ Tél. domicile _____

Tél. bureau _____

autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à _____ le _____

Signature obligatoire, précédée de la mention « lu et approuvé » :