

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON (1 par enfant) 2021-2022

**ENFANT :**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Régime alimentaire**  Non /  Oui, lequel :  sans viande ;  autre \_\_\_\_\_

**Allergies alimentaires**

Non, je certifie que mon enfant ne présente, à ma connaissance, aucune allergie alimentaire.

Oui, lesquelles \* : \_\_\_\_\_

**Vaccins obligatoires** (si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)

DTP (date)     (Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite)

(Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

**L'enfant suit-il un traitement médical ?**  Non /  Oui (joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants)

**Allergies** : Asthme :  Non,  Oui / Médicamenteuses :  Non,  Oui / Autre :  Non,  Oui

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : \_\_\_\_\_

**Indiquez ci-après, les difficultés de santé** : (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducations, en précisant les dates et les précautions à prendre)

**Recommandations utiles des parents** : (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?)

**Traitement médical** :  Non /  Oui (fournir l'ordonnance et les médicaments marqués au nom et prénom de l'enfant).

**Y-a-t-il un P.A.I.** (Projet d'Accueil Personnalisé) :  Non /  Oui

**Si oui**, j'autorise l'utilisation du P.A.I. :  Non /  Oui (fournir le P.A.I.)

**NOM du médecin traitant :**



Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les

renseignements portés sur cette fiche

A Sathonay-Camp, le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal