



**Caisse des écoles**

6 rue des écoles  
51390 Gueux  
03.26.02.12.39

caissedesecoles@mairie-gueux.fr

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021

DOCUMENT CONFIDENTIEL

**Joindre obligatoirement la copie du carnet vaccination**

Nom du mineur : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ...../...../.....

Sexe : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser) :	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

**Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (information nécessaire en cas d'urgence).

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 administré sans ordonnance (mêmes conditions si l'enfant a un traitement en cours d'année scolaire).

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?** (entourer les bonnes réponses)

RUBEOLE      VARICELLE      ANGINE      OREILLONS      SCARLATINE  
COQUELUCHE      OTITE      ROUGEOLE      RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ

**Allergies** : (entourer les bonnes réponses)

ASTHME      ALIMENTAIRES      MEDICAMENTEUSES      AUTRES \_\_\_\_\_

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

**En cas de régime alimentaire, précisez** : SANS VIANDE       SANS PORC

**L'enfant est-il concerné par un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ?** Oui  Non

Si oui, merci de nous fournir une copie ainsi que le traitement nécessaire (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Indiquez** les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

**Recommandations utiles des parents** : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez :

**Baignade** : Sait nager       Se débrouille       Ne sait pas nager

**Observations diverses** :

#### 4-RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la CAISSE DES ECOLES de Gueux à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur de la CAISSE DES ECOLES de Gueux à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

#### Médecin traitant :

NOM : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :