



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : PRENOM :

N° SECURITE SOCIALE :

MUTUELLE : OUI NON Précisez :

CMU : OUI NON

VACCINATIONS

➤ Les vaccins de votre enfant sont-ils à jour ? OUI NON

➤ Photocopie du carnet de santé (vaccinations) OUI NON

*SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE
NON CONTRE-INDICATION A LA COLLECTIVITE*

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

➤ L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, lequel ? _____

Préciser la cause et la conduite à tenir : _____

*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 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Allergies médicamenteuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Allergies alimentaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Autre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Préciser la cause et la conduite à tenir :

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (SUITE)

- Difficultés de santé : Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de lunettes ou lentilles, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, de drains, etc... .

Précisez les dates et précautions à prendre :
.....
.....
.....

- Repas spéciaux : Sans Porc Sans Viande Sans Poisson
 Végétarien P.A.I Aucun Autres

- Médecin traitant :
- Numéro de téléphone :

- Votre enfant est-il suivi par un professionnel du secteur médical et/ou éducatif ?
 OUI NON

Si oui, lequel :

- Assistante sociale
 Orthophoniste
 Travailleuse familiale
 Educateur spécialisé
 Psychologue
 Ecole / Centre spécialisé (*précisez :*)

- Autorisez-vous les responsables de la Maison de quartier à contacter ce ou ces professionnel(s) ? OUI NON

Si oui : Indiquez les NOM et COORDONNEES de ce professionnel

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

La Maison de quartier se donne le droit de ne pas accueillir temporairement les enfants en cas de maladie contagieuse mettant en danger la santé des enfants et du personnel

Tout changement de situation doit être signalé à l'équipe de la Maison de quartier
(Adresse, numéro de téléphone, personnes autorisées à récupérer l'enfant, traitement médical...)

