Fiche Sanitaire de Liaison	1/ L'enfant	Photo d'identité de l'enfant à coller (pas d'agrafes)
	Nom :	
	Prénom :	
	Né(e) le	
	Sexe :	

2/ Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) – pas de copie des vaccins

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

3/ Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Si oui, lequel ?
Si oui, dans le cadre périscolaire et extrascolaire, joindre une ordonnance récente avec la posologie à donner 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.

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		**OTITE**		**ROUGEOLE**		**OREILLONS**			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

Allergie ou maladie chronique

Pour toutes formes d'allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation d'un certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire. Contacter le directeur de l'école ou les responsables du service Jeunesse de la du Pôle Territorial de la Vallée de la Suippe.

ASTHME :	OUI		NON	MEDICAMENTEUSE :	OUI		NON
ALIMENTAIRE :	OUI		NON	AUTRES :			

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

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :
.....
.....
.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes	**OUI**		**NON**	
Si oui, doit-il les garder en récréation ?	**OUI**		**NON**	
En motricité ?	**OUI**		**NON**	

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal.

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Nous soussignés, ...
Adresse : .....
.....
.....
Tél. : .....
responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable de l'école ou du Grand Reims à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
Fait à Le / /

Signature du représentant légal 1 Signature du représentant légal 2

En cas de modifications de ces données, merci d'informer le Service Jeunesse du PT de la Vallée de la Suippe dans les meilleurs délais.