



## 1 - PHOTO OBLIGATOIRE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors de l'accueil de l'enfant.

### 2 - L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Garçon  Fille

Date de naissance de l'enfant : ..... / ..... / .....

L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé AEEH :

Oui  Non  Date de fin de droit : .... / .... / ....

Est-il accompagné pour son handicap ? Oui  Non

Si oui = précisez : .....

(une référente de l'ARPEJ-Rezé prendra contact avec vous)

Nom du médecin traitant de l'enfant (facultatif) :

Numéro du médecin traitant : .... / .... / .... / .... / ....

Numéro sécurité sociale : ... / ... / ... / ... / ... / ... / ... / ...

### AUTORISATIONS ET DROIT À L'IMAGE

Autorisez-vous la prise de photo pour la communication de l'ARPEJ-Rezé ? Oui  Non

Autorisez-vous votre enfant à partir seul ? Oui  Non

### 3 - RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité : Père / Mère / Beau-père / Belle-mère / Autres (précisez : .....) )

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

Email : .....

### 4 - RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité : Père / Mère / Beau-père / Belle-mère / Autres (précisez : .....) )

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone professionnel : ... / ... / ... / ... / ...

Email : .....

### 5 - AUTORISATION HOSPITALISATION (si nécessaire) :

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur ou la directrice de l'accueil à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

Date : .... / .... / ....

Signature (précédée de vos noms et prénoms) :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie			.... / .... / ....	Hépatite B	.... / .... / ....
Tétanos			.... / .... / ....	Rubéole Oreillons Rougeole	.... / .... / ....
Poliomyélite			.... / .... / ....	Coqueluche	.... / .... / ....
Ou DT polio			.... / .... / ....	BCG	.... / .... / ....
Ou Tétracoq			.... / .... / ....	Autres (préciser) : .....	.... / .... / ....

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.

**7 - 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	VARICELLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ANGINE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	SCARLATINE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
COQUELUCHE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OTITE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ROUGEOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OREILLONS Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	

ALLERGIES :  
 ASTHME : Oui  Non   
 ALIMENTAIRES : Oui  Non   
 PAI Oui  Non   
 MÉDICAMENTEUSES : Oui  Non   
 AUTRES : .....

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

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

Indiquez ci-après, les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre (Maladie, Accident, Crise Convulsives, Hospitalisation, rééducation)

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

**8 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles ? Oui  Non  Des lunettes ? Oui  Non

Porte-t-il des prothèses dentaires ? Oui  Non

A-t-il un régime alimentaire spécifique? Oui  Non

Repas sans porc ? Oui  Non

Repas sans viande ? Oui  Non

Repas végétarien ? Oui  Non

Votre enfant mouille t-il son lit ? Oui  Non

Pour la jeune fille, est-elle réglée ? Oui  Non

Autres : .....  
 .....