

# Fiche

# sanitaire de liaison

\* **Nom de l'enfant :** .....  Garçon  
**Prénom :** .....  Fille  
**Date de naissance :** .....

## VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé de l'enfant ou aux certificats de vaccinations.  
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rougeole			
Polio				Oreillons			
				Rubéole			
				Coqueluche			
				Autres (précisez)			

- \*  Reconnaissance MDPH  
 Bénéficiaire de l'AAEH

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

### Problèmes de santé:

- Asthme  Allergies, précisez : .....  
 Autres, précisez : .....

**Attention !** En cas de problèmes de santé rencontrés par l'enfant ou le jeune, sa participation aux activités de la structure pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soins d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI).  
En dehors d'un PAI ou d'un PSUAC, l'administration d'un traitement médicamenteux est conditionné à une autorisation parentale écrite accompagnée d'une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.  
Recommandations particulières (ex. : port de lunettes, antécédents médicaux... ).

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant de l'enfant : .....

Je soussigné(e), .....  
responsable légal de l'enfant .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date ..... **Signature,** .....