



# Commune de SAINT-CHRISTOLY-DE-BLAYE

## Accueil périscolaire ANNEE 2025 / 2026

### L'ENFANT

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

### 1 – VACCINATIONS

fournir **les photocopies des pages de vaccins du carnet de santé**

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

**ATTENTION** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil périscolaire      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.**

À titre indicatif : L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME      OUI     NON       MEDICAMENTEUSES    OUI     NON

ALIMENTAIRES    OUI     NON       AUTRES .....

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours    OUI     NON  (toutes informations utiles) transmettre à la Directrice de l'école le formulaire dédié.

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

### 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

- Votre enfant porte-t-il des lentilles : oui  non
- Des lunettes : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- Des prothèses auditives : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- Des prothèses ou appareil dentaire : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

### 4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : ..... Signature :