



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS

(fournir obligatoirement la copie du certificat de vaccinations de l'enfant).

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les temps d'accueil ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance et le PAI (à renouveler a minima chaque année) avec 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.
A savoir: Le PAI scolaire et ACM sont 2 documents distincts

ALLERGIE : Oui Non

PRÉCISEZ LA CONDUITE À TENIR :

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

**SOUHAITEZ-VOUS PORTER À LA CONNAISSANCE DE L'ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE
UNE QUELCONQUE INFORMATION OU PRÉCAUTION À PRENDRE POUR LA
SANTÉ DE VOTRE ENFANT ?**

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

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

Date

Signature