



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
MAISON DE L'ENFANCE -LA CHAPELLE DES MARAIS-

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Vaccinations obligatoires*

Vaccins	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie				Hæmophilus influenzae B			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Pneumocoque			
Coqueluche				Méningocoque C			
Rougeole							
Oreillons							
Rubéole							

Liste des vaccinations obligatoires pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 et disponible sur le site du Ministère de la Santé et de la Prévention

→ JOINDRE LA COPIE DES PAGES DU CARNET DE SANTÉ RELATIVES AUX VACCINATIONS ou UNE CONTRE-INDICATION VACCINALE ATTESTÉE PAR UN MÉDECIN

Pathologies et antécédents médicaux nécessaires à l'accueil de votre enfant*

Votre enfant souffre-t-il d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou aiguës en cours (diabète, hémophilie, asthme...)?

Oui Non

Si Oui, nom et téléphone du médecin traitant :

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux, ou autres éléments d'ordre médical, susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (allergies et intolérance alimentaires, fracture récente, énurésie régulière ou occasionnelle (incontinence), problèmes digestifs, dysménorrhée (règles douloureuses), lunettes, prothèses...)?

Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'une contre-indication médicale à des activités physiques ou sportives?

Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI)?

PAI alimentaire : Oui Non

PAI médicamenteux : Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP)? Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS)? Oui Non

* : réponse obligatoire



→ SI VOUS AVEZ COCHÉ AU MOINS UNE FOIS « Oui » MERCI DE PRENDRE CONTACT AVEC LA OU LES STRUCTURE(S) CONCERNÉE(S) EN VOUS DOTANT (selon le(s) cas) :

- du PAI ;

- du PAP ;

- du PPS ;

- pour les maladies chroniques ou aiguës, d'une ordonnance médicale récente si un traitement est à prendre durant tout ou partie du séjour, et s'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, d'une description des conditions et des modalités d'utilisation des produits ; accompagnées des médicaments correspondants, le tout remis sous emballage comportant les nom et prénom du mineur ;

- d'une contre-indication médicale à une pratique physique ;

- d'un certificat médical attestant les éléments susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (allergies, intolérances alimentaires...);

- de toute information que vous jugerez nécessaire à l'accueil de votre enfant.

Maladies infantiles passées (facultatif)

Votre enfant a-t-il déjà eu l'un des maladies suivantes ?

Maladie	Oui	Non	Maladie	Oui	Non
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otite		
Angine			Rougeole		
Rhumatisme articulaire aigu			Oreillons		
Scarlatine					

Votre enfant a-t-il subi des opérations (de l'appendicite, des amygdales, des végétations...): Oui Non

Bien-être de l'enfant (facultatif)

Votre enfant a-t-il des rituels d'endormissement? Oui Non

Votre enfant a-t-il des phobies, ou des inquiétudes en lien avec les activités (ex : animaux, baignades...)?

Oui Non

Votre enfant a-t-il une hypersensibilité au bruit? Oui Non

Votre enfant a-t-il une autre particularité que vous aimeriez nous signaler?

Oui Non

Si oui, laquelle :

.....

.....

→ EN PRÉSENTANT L'UN OU L'AUTRE DE CES DOCUMENTS OU INFORMATIONS, VOUS DEMANDEZ À CE QU'IL SOIT PORTÉ À LA CONNAISSANCE DES PERSONNELS EN CHARGE DE VOTRE ENFANT, Y COMPRIS LE CAS ÉCHÉANT CEUX CHARGÉS DE LA RESTAURATION ET DU TEMPS PÉRISCOLAIRE, ET À CES PERSONNELS DE PRATIQUER LES GESTES ET D'ADMINISTRER LES TRAITEMENTS QUI Y SONT PRÉVUS.

* : réponse obligatoire