



## Fiche de liaison ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		

### I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre la copie du carnet de vaccinations à jour de l'enfant pour toute première inscription. Pour tout renouvellement, se référer aux dates des derniers rappels.

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil ?     oui     non

Si oui, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) sera mis en place avec l'équipe dont il faudra joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses     oui     non                      asthme     oui     non  
 alimentaires                       oui     non                      autres     oui     non

### Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

### III - Recommandations utiles :

.....

.....

.....

Situation de Handicap :    MDPH     oui     non                      AEEH     oui     non

### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... travail : ..... portable : .....

Nom - Prénom du médecin traitant :  
 Adresse : .....  
 Tél. : .....

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :                      Date :

**Important : cette fiche de liaison est valable jusqu'à la rentrée scolaire prochaine. Merci donc de nous signaler tout changement.**