

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 – ENFANT</b>
	Nom : .....
	Prénoms : .....
	Date de Naissance : <input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT.

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Descriptif	Nom du vaccin				Date du dernier rappel
Diphtérie + Tétanos + Coqueluche + Polio	Infanrix	<input type="checkbox"/>	Repevax	<input type="checkbox"/>	
	Boostrix	<input type="checkbox"/>	Tetravac	<input type="checkbox"/>	
	Pentacoq	<input type="checkbox"/>	Pentavac	<input type="checkbox"/>	
OU Diphtérie + Tétanos + Polio	DT Polio	<input type="checkbox"/>	Revaxis	<input type="checkbox"/>	
OU Tétanos seul	Tetavax	<input type="checkbox"/>	Tetanique pasteur	<input type="checkbox"/>	
OU Polio seul	Imovax Polio	<input type="checkbox"/>			
Tuberculose	BCG	<input type="checkbox"/>	Monovax	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B	Engérix	<input type="checkbox"/>	Genhevac	<input type="checkbox"/>	
	HBVax	<input type="checkbox"/>	Infanrix Hexa	<input type="checkbox"/>	
Rougeole-Oreillons-Rubéole	ROR	<input type="checkbox"/>	Priorix	<input type="checkbox"/>	
	M-M-Rvaxpro	<input type="checkbox"/>			
Autres					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il un **P.A.I (Projet d'accueil individualisé)** ?    OUI     NON

**Si OUI**, le P.A.I est à remettre à la direction de l'accueil de loisirs au plus tard au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**) dans une trousse. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni P.A.I.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	OUI	NON
Rubéole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coqueluche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varicelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	OUI	NON
Otite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rougeole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	OUI	NON
Rhumatisme Articulaire aigu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oreillons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scarlatine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ALLERGIE	OUI	NON
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicamenteuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autres allergies