

***R.P.I BELLENGREVILLE - VIMONT***

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**ACCUEIL PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE**

**MAIRIE DE BELLENGREVILLE**

**10 rue Léonard Gille**

**14370 BELLENGREVILLE**

**Service périscolaire**

**Responsable: Lydie GARNIER**

**Tél: 07 60 19 85 21**

**lydie.garnier@mairie-bellengreville.fr**

1. **VACCINATIONS**

Nom et Prénom de l'enfant : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Date de naissance: …../…../……….

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES**(selon l’année de naissance) | **OUI** | **NON** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS OBLIGATOIRES**(selon l’année de naissance) | **OUI** | **NON** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** |
| Diphtérie |  |  |  | Coqueluche |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  | Hépatite B |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Méningocoque C |  |  |  |
| ou DT Polio |  |  |  | Pneumocoque |  |  |  |
| ou Tétracoq |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |  |  |
| Haemophilus Influenza b |  |  |  |  |  |  |  |
| **VACCINS RECOMMANDES** |  |  |  |  |  |  |  |
| Papillomavirus humain (HPV) |  |  |  | Autres (préciser)…………………………. |  |  |  |
| Grippe |  |  |  | …………………………. |  |  |  |
| Zona  |  |  |  | …………………………… |  |  |  |
| BCG |  |  |  | …………………………….. |  |  |  |

Si l’enfant n’est pas à jour des vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

1. **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Existence d’un P.A.I (Protocole d’Accueil Individualisé) :  OUI NON**

*(si oui, joindre obligatoirement une copie du protocole)*

Porter ici toute information jugée utile concernant le PAI

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Traitement médical particulier |  |
| **Maladies déjà contractées** | ***(facultatif)*** |
| Rubéole |  |
| Varicelle |  |
| Angine |  |
| Rhumatisme Articulaire Aigü |  |
| Scarlatine |  |
| Coqueluche |  |
| Otite |  |
| Rougeole |  |
| Oreillons |  |
| **Allergies** |  |
| Asthme |  |
| Médicamenteuses |  |
| Alimentaires |  |
| Autres |  |
| **Autres renseignements** |  |
| Port de lunettes |  |
| Port de lentilles |  |
| Port de prothèse auditive |  |
| Port d’un appareil dentaire |  |
| Autres … |  |

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, etc.) en précisant les précautions à prendre :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

*Je soussigné, ……………………………………………………….responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’encadrement 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 d’un service d’urgence seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.*

Date: Signature: