

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024 / 2025

ECOLE : _____

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DTpolio / Coqueluche / Haemophilus influenzae / hépatite B/...../.....
Rubéole Oreillons Rougeole/...../.....
Méningocoque C/...../.....
Pneumocoque/...../.....

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 suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et 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.

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

VARICELLE	SCARLATINE	OREILLONS	COQUELUCHE
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"/>

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES INFORMATIONS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION, LENTILLES, LUNETTES, PROTHÈSES AUDITIVES, PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

Votre enfant a-t-il un contrat d'accueil individualisé « CAI santé » ou « CAI alimentaire »

Si oui vous devez le joindre impérativement au dossier.

ENFANT AVEC PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

Si vous avez besoin de nous communiquer des informations complémentaires sur les besoins spécifiques de votre enfant, vous avez la possibilité de prendre rendez-vous pour rencontrer la coordinatrice enfance ou le responsable du service enfance et vie scolaire.

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ **PRÉNOM** _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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

J'autorise également, si nécessaire, le responsable à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date : _____

Signature :