

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 / 2026

**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"/>			

**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 :