



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____
Classe : _____ Date et lieu de naissance : _____
Fille ☐ Garçon ☐

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Père ☐ Mère ☐ Autre ☐	Père ☐ Mère ☐ Autre ☐
Nom-Prénom	Nom-Prénom
Adresse :	Adresse :
Tel portable :	Tel portable :
Tel domicile :	Tel domicile :
Tel professionnel :	Tel professionnel :
N° de sécurité social :	
Caisse :	
N° Assurance scolaire :	
Nom de la compagnie :	
Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :	

3. VACCINATIONS : **VEUILLEZ JOINDRE LES PHOTOCOPIES DES VACCINS (CARNET DE SANTE) ET REMPLIR LE TABLEAU CI-DESSOUS.**

Uniquement pour les enfants nés à à partir du 1 ^{er} janvier 2018	Vaccins obligatoires*	OUI	NON	Date du dernier rappel
	DTP Polio			
	Coqueluche			
	Haemophilus Influenzae de type B			
	Hépatite B			
	Pneumocoque			
	Méningocoque			
	R.O.R (Rougeole-Oreillons- Rubéole)			

*Ou une attestation vaccinale du médecin certifiant que l'enfant est à jour de ses vaccins à la date de la rentrée scolaire de septembre.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

ALLERGIES :

ASTHME : OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES : OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRE : OUI ☐ NON ☐ AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

Autre contre-indication médicale (précisez) :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un **Projet d'Accueil Individualisé** ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, veuillez préciser la nature du **Projet d'Accueil Individualisé** :

.....

Si oui fournir une copie du PAI et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées du nom de l'enfant avec la notice)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

Aucun traitement médical ne pourra être administré par le personnel, seuls les PAI validés pourront être mis en œuvre

→ Reconnaissance MDPH : OUI ☐ NON ☐

→ Bénéficiaires de l'AEEH : OUI ☐ NON ☐

5. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez :

.....

.....

.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier (précisez) :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté, pris en charge et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté (décision prise par le médecin du centre 15). La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

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

Date :

Signature :