



FICHE SANITAIRE DE LIAISON - ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025

Nom de l'enfant:

Prénom de l'enfant:

Date de naissance:

Classe:

Garçon Fille

I- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Date	Autres vaccins	Date
DT Polio			
Coqueluche			
Haemophilus Influenzae de type B (HIB)			
Pneumocoque			
Méningocoque C			
Rougeole-Oreillon-Rubéole			
Hépatite B			

Joindre un certificat médical en cas de contre-indication vaccinale.

II- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) ? oui non
 Si oui, veuillez fournir le P.A.I avec une ordonnance récente et les médicaments correspondants marqués au nom de l'enfant. Ceux-ci seront conservés durant toute l'année scolaire.

Nom du médecin traitant :

Téléphone et adresse :

Aucun médicament ne peut être administré en dehors de ce protocole.

1) ALLERGIE CONNUE (Joindre impérativement le P.A.I pour prise en charge)

Type d'allergie	Conduite à tenir	P.A.I Joint (oui-non)

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
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"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

3) DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

4) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

Signature des deux parents **obligatoire**

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Les Molières, le :

Le parent 1 ou tuteur/tutrice

Le parent 1 ou tuteur/tutrice