



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et prénom de L'Enfant		
Date de naissance :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Adresse :		
NOM du responsable légal (1) :		
NOM du responsable légal (2) (adresse si différente) :		
Tel domicile :	Tel mobile :	Tel professionnel :
Ecole :	Classe :	Année scolaire :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles et nécessaires pendant les séjours ou les activités de l'enfant durant l'année scolaire, elle évite ainsi de vous démunir de son carnet de santé.

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

VACCINS	DATES	VACCINS	DATES
Diphtérie		Ou DT polio	
Tétanos		Ou Tétracoque	
Poliomyélite		AUTRE :	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication à noter : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

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

RUBÉOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ SCARLATINE
COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

- **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

- Votre enfant porte-t-il des lentilles des lunettes des prothèses ? (Précisez).....
- Précisez le problème de santé :

- Précisez-s' il s'agit d'une intolérance ou allergie alimentaire :

- L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

- En cas d'allergie ou traitement médical, joindre le PAI (protocole d'accueil individualisé) et une ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant et avec la notice).

- *Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance rattachée au PAI.*

- *La restauration scolaire n'est pas en mesure de fournir des repas adaptés aux allergies.*

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

ASSURANCE civile :N° du contrat.....

Date et signature des responsables légaux