

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Ecole / Service Enfance Jeunesse

Document confidentiel

remis aux services d'urgence en cas d'accident

Année scolaire : 2025/2026

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

N° Sécu. S :

Votre enfant est-il reconnu handicapé par la MDPH : Oui Non

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre** :

.....
.....

Nom / Adresse / N° Tel du médecin traitant :

.....

1/ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, il sera peut-être nécessaire d'établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) pour autoriser la prise du traitement (voir avec les directeurs écoles et ALSH).

/!\ Aucun médicament ne pourra être administré, hormis si un PAI a été mis en place avec les personnes compétentes.

A titre indicatif : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

ALLERGIES :

Alimentaires : Oui Non Médicamenteuses : Oui Non

ASTHME : Oui Non AUTRES :

(Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir)

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : Oui Non

(Joindre le protocole et toutes informations utiles).....

.....

.....

3/ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à remplir obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui Non

DES LUNETTES : Oui Non

DES PROTHESES AUDITIVES : Oui Non

DES PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE : Oui Non

Au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS (Précisez) / Si votre enfant bénéficie d'un suivi régulier (orthophonique, psychologique...), il est utile de le porter à la connaissance de l'école et d'indiquer le nom de la personne qui assure le suivi :

.....

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :

4 / RESPONSABLES DE L'ENFANT

Père

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel perso :

Tel pro :

Autre (Tuteur légal)

Nom :

Prénom :

Tel perso :

Tel pro :

Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel perso :

Tel pro :

Nom du médecin traitant :

.....

Tel :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à.....

Le...../...../20.....

Signature :