



FICHE SANITAIRE DE LIAISON – 2024-2025

L'ENFANT :

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	Lieu de naissance :
GARCON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Mail (écrire en majuscules)	Mail (écrire en majuscules)
.....
Tel	Tel
Nom et tél du médecin traitant :	

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc.)

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical Oui non

Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Cadre réservé à l'Administration : Vérification du carnet de santé : <input type="checkbox"/>	Date dernier vaccin :
---	-----------------------------

L'ENFANT A-T-IL DEJA 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"/>	RHUMATISME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE 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"/>	

REPAS (à entourer) : VEGETARIEN AVEC VIANDE SANS PORC

ALLERGIES (Projet d'Accueil Individualisé) :

ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSE OUI NON ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

DECLARATION DES PARENTS :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et : Autorise les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale de première urgence qui s'avérerait nécessaire en cas d'accident.

Signatures du ou des responsables légaux précédé de la mention « lu et approuvé »