



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 2017/2018

DOCUMENT NON-CONFIDENTIEL

Collez ici une photo récente	NOM de l'enfant :	
	Prénom :	
	Date de naissance :	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Diphthérite, Tétanos, Poliomyélite)

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES RELATIVES AUX VACCINS DU CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT, MENTIONNANT SES NOM ET PRÉNOM

Ou un certificat de vaccinations ; ou un certificat médical rempli par le médecin traitant; ou un certificat de contre-indication le cas échéant

ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Ne pas hésiter à vous faire aider par votre médecin traitant pour remplir cette rubrique.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention « Secret médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ? **Oui** **Non**
Y a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) en cours ? **Oui** **Non**

Si un traitement est à prendre pendant l'accueil de l'enfant, joindre une photocopie de l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Spécifiez si le traitement doit être en permanence à la disposition de l'enfant. **Un PAI ET une ordonnance sont obligatoires pour pouvoir administrer un médicament à un enfant.**

ALLERGIES :

ASTHME oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non
ALIMENTAIRES oui non **AUTRES** oui non

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre. (Indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des répercussions lors de l'accueil de l'enfant : maladie en cours, accident, crises convulsives, hospitalisation ou opération récente, rééducation en cours)

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ... ?

4 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

	NOM	Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2
Responsable 1				
Responsable 2				

Nom et tél. du médecin traitant de l'enfant : _____

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

Date :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)