

FICHE SANITAIRE LIAISON

VALIDITÉ DE SEPTEMBRE 2023 À AOÛT 2024 - CLASSE :
..... **ENFANT**

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Sexe : F M
Etablissement scolaire fréquenté : L'enfant déjeune-t-il à l'école ? oui non
Nom et adresse des responsables légaux :
1 Tél. Fixe : Port :
Adresse :
Code postal : Commune :
2 Tél. Fixe : Port :
Adresse :
Code postal : Commune :

AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Medecin traitant : Nom, Prénom : Tél :
Autres personnes :

	NOM, PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉL. FIXE	TÉL. PORTABLE
1				
2				

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Vaccins obligatoires : Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite à jour : OUI Date du dernier rappel :
Vaccins recommandés : Hépatite B : date : ROR : date: Coqueluche : date :
Autres : Préciser :
Toute vaccination obligatoire non à jour et non justifiée par un certificat médical fera l'objet d'un signalement auprès de la médecine scolaire ou de la P.M.I.
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :
Angine Oreillons Scarlatine Varicelle Coqueluche Rougeole Rubéole
Otite Rhumatisme articulaire aigu
Port de : Lentilles/lunettes Prothèses dentaires Prothèses auditives
Autres : Préciser :

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES :

Seul l'enfant ayant un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) établi par le médecin scolaire à la demande des' parents et remis à la direction sera autorisé à prendre son traitement au sein de l'établissement. Les médicaments doivent IMPERATIVEMENT être mis dans une boîte rigide et hermétique au Nom et Prénom de l'enfant.

Aucun médicament en dehors de ce cas ne sera administré à un élève. Il est INTERDIT aux élèves d'avoir des médicaments sur eux. Il convient de rappeler qu'un enfant souffrant n'a pas sa place à l'école.

SANTÉ DE L'ENFANT

ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI Préciser :
ASTHME : OUI **AUTRE DIFFICULTÉ DE SANTÉ :** OUI
PRÉCISER :
Si réponse positive : Le chef d'établissement se rapprochera de la médecine scolaire (pour les enfants de 6 ans et plus) ou de la P.M.I. (pour les enfants de moins de 6 ans), pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).
P.A.I. EXISTANT : OUI fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la boîte hermétique devront être donnés sur l'école le cas échéant.
ALLERGIE MÉDICAMENTEUSE: OUI Préciser le traitement :

« Je soussigné(e) responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je certifie avoir bien pris connaissance de l'information sur les assurances. Je m'engage à informer le chef d'établissement de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Signature(s)