



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON-  
ANNEE SCOLAIRE 2022/2023**

(Valable du 1 Septembre 2022 au 31 Aout 2023)

**ENFANT :**      Fille                      Garçon

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de Naissance :** \_\_/\_\_/\_\_

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

Père                      Mère                      Tuteur

**Nom-Prénom :** \_\_\_\_\_

**Téléphone fixe ou professionnel :** \_\_\_\_\_

**Téléphone mobile :** \_\_\_\_\_

**Adresse complète :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

Père                      Mère                      Tuteur

**Nom-Prénom :** \_\_\_\_\_

**Téléphone fixe ou professionnel :** \_\_\_\_\_

**Téléphone mobile :** \_\_\_\_\_

**Adresse complète :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**I                      VACCINATIONS**

a) Si l'enfant est né **avant le 1<sup>er</sup> Janvier 2018** : Joindre les photocopies des Vaccinations

**VACCINS OBLIGATOIRES**

**Date de rappel**

• Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP)    Oui    Non                      \_\_\_\_\_

b) Si l'enfant est né **après le 1<sup>er</sup> Janvier 2018** : Joindre les photocopies des Vaccinations

**VACCINS OBLIGATOIRES**

**Date de rappel**

|   |     |     |       |
|---|-----|-----|-------|
| • Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP)                | Oui | Non | _____ |
| • Coqueluche  | Oui | Non | _____ |
| • Hépatite B  | Oui | Non | _____ |
| • Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b | Oui | Non | _____ |
| • Infections invasives à pneumocoque                      | Oui | Non | _____ |
| • Méningocoque de séro groupe C                           | Oui | Non | _____ |
| • Rougeole, Oreillons, Rubéole                            | Oui | Non | _____ |

*En cas de contre-indication du vaccin, merci de joindre le certificat médical du médecin*

**II                      MEDECIN TRAITANT**

**Nom du Médecin Traitant :** \_\_\_\_\_

**Commune :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone :** \_\_\_\_\_

**III                      RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

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

*Si oui, joindre une ordonnance récente ou justificatif du médecin. Si besoin d'administrer des médicaments, merci de notifier le nom de l'enfant sur les boîtes, fournir une autorisation parentale.*

*Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance*

**L'enfant a-t-il des allergies telles que :**

- |          |     |     |                           |     |     |
|----------|-----|-----|---------------------------|-----|-----|
| • Asthme | Oui | Non | Allergies Alimentaires    | Oui | Non |
| • Autres | Oui | Non | Allergies Médicamenteuses | Oui | Non |

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

---

---

---

---

**L'enfant bénéficie-t-il d'un repas spécifique (sans porc, sans viande) ?** Oui Non

Précisez \_\_\_\_\_

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet Accueil Individualisé) ? Oui Non

Si oui, merci de fournir le protocole en cours

**L'enfant présente-t-il un problème de santé :** Oui Non

Si oui, indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation...) en précisant les précautions à prendre et notez le motif PAI le cas échéant.

---

---

---

---

**Recommandations utiles**

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

---

---

---

---

**IV PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE** (si impossibilité de joindre les parents)

1. Nom et Prénom personne autorisée : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_
2. Nom et Prénom personne autorisée : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_
3. Nom et Prénom personne autorisée : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

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

**Date :**

**Signature (s) :**