



photo de l'enfant

Année 2023-2024

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(document confidentiel)

Cette fiche est utilisée dans le but de connaître les aspects médicaux de votre enfant. En cas d'urgence, ces renseignements seront utiles aux équipes médicales et personnels de soin.

### RAPPEL IDENTITÉ DE L'ENFANT :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe : ♂ Garçon      ♀ Fille

Classe : .....

### IDENTITES DES RESPONSABLES LEGAUX

**Responsable légal 1 :**  Père     Mère  
 Tuteur/-trice

**Responsable légal 2 :**  Père     Mère  
 Tuteur/-trice

Nom d'usage : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Autorité parentale :  oui                       non

Autorité parentale :  oui                       non.....

Adresse : .....

Adresse : .....

Téléphone (domicile) : ...../...../...../...../.....

Téléphone (domicile) : ...../...../...../...../.....

Téléphone (portable) : ...../...../...../...../.....

Téléphone (portable) : ...../...../...../...../.....

Téléphone (travail) : ...../...../...../...../.....

Téléphone (travail) : ...../...../...../...../.....

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : autres que les représentants légaux

Nom : ..... Prénom : .....

N° de téléphone : ...../...../...../...../.....

Lien de parenté/autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....

N° de téléphone : ...../...../...../...../.....

Lien de parenté/autre : .....

Nom : ..... Prénom : .....

N° de téléphone : ...../...../...../...../.....

Lien de parenté/autre : .....

**VACCINATIONS**  
(cocher les cases correspondantes)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole Oreillons Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser) :	

Documents à fournir obligatoirement : **Copies des vaccins**

Si l'enfant n'a pas les **vaccins obligatoires**, merci de nous joindre un certificat médical de contre-indication.

• **Coordonnées du médecin traitant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... ; ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail : .....@.....

Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Commune : .....

• **Renseignements médicaux :**

Traitement médical :

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ?  **Oui**  **Non**

Si oui, merci de préciser lequel : .....

Allergies :

ASTHME	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
AUTRES (animaux, plantes...etc)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si oui, joindre un certificat médical, précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

En cas d'allergie, il est recommandé de mettre en place un projet d'accueil individualisé (PAI) en lien avec le médecin scolaire.

Autres difficultés de santé, si oui préciser :  **Oui**     **Non**

.....  
.....  
.....  
.....

Recommandations utiles des parents concernant la santé de l'enfant :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif...etc

.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e), ..... (père, mère, tuteur/-trice) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre en cas d'accident ou incident toutes les mesures nécessaires à la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Le pôle territorial concerné devra être informé de toute(s) modification(s) de ces informations.

**Date et signature des représentants légaux:**