

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2024-2025

1- ENFANT : GARÇON FILLE

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

2- VACCINATION Je joins obligatoirement :

- La photocopie du carnet de vaccination de l'enfant
Ou
 Une attestation de vaccination de l'enfant rédigée par son médecin

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | RHUMATISME ARTICLUAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui Non

Préciser la cause de l'allergie :

Médicamenteuses Alimentaires Autres

Votre enfant fait-il de l'asthme ? Oui Non

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI : Oui Non

Projet d'Accueil Individualisé : si votre enfant souffre d'une maladie chronique ou d'allergies nécessitant la prise de médicaments ou qu'il a besoin de traitements particuliers sur les temps accueillis, il est nécessaire d'élaborer un PAI.

INDIQUEZ CI-APRES : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : _____

Votre enfant porte-t-il ? Lunettes Appareil dentaire Autres Préciser : _____

Nom du médecin traitant : Et son N° de téléphone :

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant bénéficie-t-il de AESH (Les accompagnants des élèves en situation de handicap) ? Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il de AEEH (Allocation Éducation Enfant Handicapé) ? Oui Non

5- REGIME ALIMENTAIRE : Repas complet Repas sans viande Repas sans porc

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »