

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2026-2027

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 OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ 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 :

Votre enfant a-t-il un traitement médical en cours ?

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 »