



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 2025/2026

Ce document suivra l'enfant dans toutes ses activités

<i>Collez ici une photo récente</i>	NOM de l'enfant : Prénom : Date de naissance : ☐ Garçon ☐ Fille
--	--

1. VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

Joindre une photocopie des pages relatives aux vaccins du carnet de santé de l'enfant, mentionnant ses nom et prénom

Ou un certificat de vaccinations ; ou un certificat médical rempli par le médecin traitant ; ou un certificat de contre-indication le cas échéant.

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention « Secret Médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

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

Y a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) en cours ? ☐ Oui ☐ Non

Si un traitement est à prendre pendant l'accueil de l'enfant, joindre une photocopie de l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Spécifiez si le traitement doit être en permanence à la disposition de l'enfant. **Un PAI et une ordonnance sont obligatoires pour pouvoir administrer un médicament à l'enfant.**

ALLERGIES :

ASTHME ☐ Oui ☐ Non MÉDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non AUTRES ☐ Oui ☐ Non

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre. (Indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des répercussions lors de l'accueil de l'enfant : maladies en cours, accident, crises convulsives, hospitalisation ou opération récente, rééducation en cours)

3. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

4. RESPONSABLES DE L'ENFANT

	NOM	Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2
Responsable 1				
Responsable 2				

Nom et tél. du médecin traitant de l'enfant :
.....

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

Date : Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)