

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

Classe Maternelle Ecole Elémentaire Niveau :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LA RESTAURATION

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| | oui | non | | | |
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

P.A.I. ALLERGIES :
 ASTHME
 ALIMENTAIRES

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ ÉVENTUELLES :

.....

ATTENTION : PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Un projet d'accueil individualisé (PAI) est mis en place pour l'enfant atteint de maladie chronique (asthme par exemple), d'allergie et d'intolérance alimentaire. Il doit lui permettre de suivre une scolarité normale ou d'être accueilli en collectivité.

Le PAI est un document **écrit**, élaboré à la demande de la famille par le directeur de l'école et le médecin scolaire, à partir des données transmises par le médecin qui soigne l'enfant.

Il ne dégage pas les parents de leurs responsabilités.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE

.....
.....

TÉL. DOMICILE : BUREAU :

NOM, adresse et numéro de téléphone du Médecin Traitant.....

.....
.....

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 rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

.....