



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

ENFANT NOM _____ PRÉNOM _____
 Date de naissance ____/____/____ Garçon Fille

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et téléphone du médecin : _____

Vaccins Obligatoires : Antitétanique, Antidiphtérique, Antipoliomyélique (DTP), coqueluche, infections invasives à Haemophilus influenzae de type B, hépatite B, infections invasives à pneumocoque, méningocoque de sérogroupe C, rougeole, oreillons, rubéole (article L3111-2 du code de la santé publique)

Votre enfant est-il à jour de ses vaccins :

Oui (Joindre photocopies) Non : Pourquoi :

Si contre-indication, joindre un certificat médical
 Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Scarlatine			Otites		
Varicelle			Rhumatisme			Rougeole		
Angines			Coqueluche			Oreillons		

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? OUI NON

Si Oui ou en cas de traitement ponctuel, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : (si PAI, le fournir)

ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
 ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler et joindre une autorisation parentale)

.....

RÉGIME ALIMENTAIRE CLASSIQUE SANS PORC SANS VIANDE

RECOMMANDATIONS DES PARENTS (santé, alimentaire, ou autres)

.....

COORDONNÉES DES PARENTS

	Père : Facturation <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Mère : Facturation <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Nom - Prénom		
Profession		
Adresse		
CP/ Commune		
Tél fixe ou portable		
Autre Numéro (précisez)		
Adresse Mail		
Situation familiale : (entourez) célibataire – divorcé(e) – séparé(e) – veuf(ve) – vie maritale – marié(e) – pacsé(e)		

