



FICHE SANITAIRE DE LIAISON / 1 FICHE PAR ENFANT

Nom de l'enfant:

Prénom de l'enfant:

Date de naissance:

Classe:

Sexe: F ☐ M ☐

Personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM Prénom	Numéro de téléphone	Lien avec l'enfant

Renseignements médicaux

Médecin traitant (nom et téléphone):

VACCINATIONS: (si l'enfant n'a pas de vaccins, joindre un certificat médical de contre-indication)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		ROR	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Hépatite B	
		Autres (préciser)	

AUTRES RENSEIGNEMENTS:

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'école ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel ?

	Précisez
Allergie alimentaire ? Oui ☐ Non ☐	
Allergie médicamenteuse ? Oui ☐ Non ☐	
Asthme ? Oui ☐ Non ☐	

Indiquez les problèmes de santé, les contre-indications ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler, en précisant les précautions à prendre (ex: dispositif médical) :

En cas de prise de médicaments pendant les heures de présence au restaurant scolaire ou à l'APS, **merci de joindre une ordonnance récente** et les médicaments correspondants (*emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice*). **Sans ordonnance**, le personnel communal n'autorisera pas un enfant malade à suivre son traitement.

Je soussigné(e),, représentant légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel communal à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.