

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

**Document à imprimer et à remettre impérativement  
SOUS ENVELOPPE SEPARÉE le jour de la rentrée.**

**NOM de l'élève**

**PRENOM de l'élève :**

**Date de naissance :**

**VACCINATIONS**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq					
BCG					

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

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE**

Suit-il/elle un traitement médical :  OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leurs boîtes d'origine avec la notice et marquées du nom de l'enfant). Il nous est interdit de prendre et garder les médicaments non accompagnés de leurs ordonnances.

**VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

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

**ALLERGIES**

ASTHME	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, quel est le traitement :
ALLERGIES	Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir ( <b>si automédication, le signaler</b> )
ALLERGIES ALIMENTAIRES	
RÉGIME ALIMENTAIRE (précautions particulières)	
ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES	

NOM ET PRÉNOM DE L'ELEVE

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE**

Maladies, accidents, crises, convulsions, hospitalisations, opérations récentes (veuillez préciser les dates)

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, autres (veuillez préciser)

COORDONNÉES DU /DES RESPONSABLES DE L'ENFANT	NOM DU PERE. ADRESSE :	
	TELEPHONE PERSONNEL :	PROFESSIONNEL :
	NOM DE LA MERE. ADRESSE :	
	TELEPHONE PERSONNEL :	PROFESSIONNEL :
N° Sécurité sociale du /de la responsable		
MEDECIN TRAITANT	NOM :	TÉLÉPHONE :

Je, soussigné (NOM et Prénom)

Responsable légal de l'enfant (NOM et Prénom)

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Responsable du séjour à prendre le cas échéant toutes mesures nécessaires pour l'état santé de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale ou autre).

Date

Signature