

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

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

NOM de l'élève

PRENOM de l'élève :

NIVEAU : cocher la case Seconde Première Terminale

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 (si automédication, le signaler)
ALLERGIES ALIMENTAIRES	
REGIME ALIMENTAIRE (précautions particulières)	
ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES	

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE

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 PÈRE. ADRESSE :	
	TELEPHONE PERSONNEL :	PROFESSIONNEL :
	NOM DE LA MÈRE. 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