



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 2019 / 2020

## I. Enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Garçon  fille

Rappel : aucun médicament ne peut être administré à un mineur sans une prescription médicale et une autorisation écrite des responsables légaux. Les médicaments doivent être fournis dans l'emballage d'origine et marqués au nom de l'enfant.

## II. Renseignements médicaux concernant l'enfant

**Antécédents médicaux et précautions à prendre (maladies, accidents, opérations...):**

Rubéole  Varicelle  Angine  Otite  Oreillons  
 Rougeole  Coqueluche  Scarlatine  Rhumatismes articulaires

Autres précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pathologies ou difficultés de santé récentes ou en cours (maladies, Allergies...) :**

Asthme :  oui  non Allergies alimentaires\* :  oui  non

Médicamenteuse :  oui  non Si oui précisez : \_\_\_\_\_

Autres précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*toute allergie alimentaire nécessite un rendez-vous avec la famille, le service jeunesse, l'équipe enseignante afin de mettre en place un PAI. Un panier repas devra être fourni par la famille.

**L'enfant suit-il actuellement un traitement médicamenteux :**

A la maison :  oui  non

Durant les heures scolaires / périscolaires / extrascolaires :  oui  non

Si oui, nom du médecin traitant la pathologie : \_\_\_\_\_

**L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires... ou autre, précisez :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant mouille-t-il son lit :  oui  non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée :  oui  non

## II. Renseignements médicaux concernant l'enfant (suite)

<b>Vaccins obligatoires (pour les enfants nés avant 2018)</b>	Dates des derniers rappels
Antidiphtérique	
Antitétanique	
Antipoliomyélique	

<b>Vaccins obligatoires (à partir de Janvier 2018)</b>	Dates des derniers rappels
Coqueluche	
Rougeole	
Oreillons	
Rubéole	
Infect° invasive à Haemophilus influenza de type B	
Hépatite B	
Infection invasive à pneumocoque	
Meningocoque de sérogroupe C	

\*La copie du carnet de vaccination est obligatoire

**Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) ?**

oui     non

**Votre enfant bénéficie-t-il de l'intervention d'une auxiliaire de vie scolaire (AVS) ?**     oui     non

**N° de sécurité sociale :** \_\_\_\_\_

**L'enfant bénéficie t'il :**     de la CMU     d'une prise en charge à 100%

## III. Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom / Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Numéro de téléphone
		__/__/__/__
		__/__/__/__
		__/__/__/__
		__/__/__/__

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, les cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature du responsable légal

Date : \_\_\_\_\_