



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNEE SCOLAIRE : 2021/2022

1. ENFANT

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Fille Garçon 2. VACCINATIONS [\(joindre une copie des vaccins\)](#)

| VACCINS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | | | Autres (préciser) | |
| | | | | | |

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

INFORMATIONS SPECIFIQUES :

Avez-vous mis en place un Protocole d'Accueil Individualisé : oui nonL'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique oui non*(si oui précisez dans le cadre 4 : Recommandations utiles des parents)*L'enfant est-il en situation de handicap oui non*(Si oui, et si elle est reconnue merci de joindre la notification MDPH et l'attestation de la CAF si bénéficiaire de l'AAEH)*L'enfant suit-il un traitement médical oui non**Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)****Aucun médicament (même homéopathique) ne pourra être administré sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Si oui cochez la case correspondante)

RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
SCARLATINE COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS ALLERGIES : asthme alimentaires médicamenteuses

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il : des lentilles des lunettes des prothèses auditives Des prothèses ou appareils dentaires autres ? Précisez

Autres recommandations :

.....

5. AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées

6. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Nom et tél du médecin traitant (facultatif)

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant toutes mesures traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale rendues nécessaire par l'état de l'enfant

Fait àLe