



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Famille - Ecole

1 - ENFANT

Année 2022/2023

NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE : GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	CLASSE :
--	----------

Ces renseignements nous permettront un suivi plus efficace de votre enfant.

AUTORITE PARENTALE PÈRE (ou autre, préciser.....)	Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)
Nom : Prénom : Adresse :	
<i>Coordonnées téléphoniques du père</i>	
Domicile :	●
Mobile :	
Travail :	●
AUTORITE PARENTALE MÈRE (ou autre, préciser.....)	●
Nom : Prénom : Adresse :	●
<i>Coordonnées téléphoniques de la mère</i>	
Domicile :	●
Mobile :	
Travail :	

2 - VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Pas de copie)

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					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication



ALLERGIES	ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	AUTRES :		

Précisez la cause de l'allergie et le PAI (protocole à tenir en cas d'allergie rédigé par un médecin).

Y a-t-il un régime en lien à ces allergies?

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** notées sur un PAI ou PPS (protocole de santé établi par un médecin)

4 - RECOMMANDATIONS UTILE DES PARENTS

Lunettes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Prothèses auditives	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :		

5 - SUIVI MEDICAL SPECIFIQUE **Nom + téléphone**

Orthophoniste	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Praticien :
Ophtalmologiste	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Praticien :
Orthoptiste	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Praticien :
Psychologue	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Praticien :
Psychomotricien(ne)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Praticien :
C.M.P.P	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Praticien :
Autre (préciser) :			

Nom et téléphone du Médecin Traitant (facultatif) : _____

Je soussigné(e), **autorité parentale de l'enfant, déclare**
exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature du père :

Signature de la mère :