



FICHE SANITAIRE DE LIAISON - PS et MS

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 (merci de reporter les dates du carnet de vaccination. Pas de copie)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Coqueluche			
Haémophilus influenzae			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque C			
Rougeole Oreillons			
Rubéole			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, seule une admission provisoire est possible à l'école. Les parents ont alors 3 mois pour régulariser la situation en fonction du calendrier des vaccinations. Sans régularisation, l'enfant ne pourra pas être maintenu à l'école. →

Aucun médicament ne pourra être pris sans ces documents.

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 : _____

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

Date :

Signature du père :

Signature de la mère :

