



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020-2021

ENFANT

Nom de l'enfant :
Prénom : Garçon Fille
Date de naissance : Nationalité : Classe 2020-2021:

EN CAS D'URGENCE

Responsable légal 1 Père Mère Tuteur Autre.....
Autorité parentale oui non
Nom :Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Tél. portable :
N° de tél. travail :

Responsable légal 2 Père Mère Tuteur Autre : :.....
Autorité parentale oui non
Nom :Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Tél. portable :
N° de tél. travail :

Responsable légal 3 Père Mère Tuteur Autre
Autorité parentale oui non
Nom :Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Tél. portable :

Responsable légal 4 Père Mère Tuteur Autre
Autorité parentale oui non
Nom :Prénom :
Tél. portable :
Adresse :
Code Postal : Commune :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : oui non

Si **oui**, joindre le protocole et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) et ordonnance de moins de 3 mois.

Se rapprocher de l'accueil pour constituer le dossier complet.

Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance et document d'autorisation de délivrer.

ALLERGIES : ASTHME ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSES AUTRES, Précisez

.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

Nom du médecin traitant.....Tél. :/...../...../...../.....

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (se référer au carnet de santé) A JOUR

DTP (Antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique Oui Non

VACCINATIONS RECOMMANDEES

Hépatite B..... Oui Non

Rougeole oreillons rubéole Oui Non

Coqueluche..... Oui Non

BCG..... Oui Non

Autres vaccins :

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) :

Oui Non

Autres difficultés de santé nécessitant une surveillance particulière (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation). Précisez les dates et précautions à prendre.

.....
.....
.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, des prothèses auditives ?

Précisez.....

J'autorise l'équipe de direction de l'école et/ou du CLAE à prendre, en cas d'urgence, les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

DATE

SIGNATURE OBLIGATOIRE