

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐

FILLE ☐

ANNEE SCOLAIRE 2021-2022

Classe Maternelle ☐ Ecole Élémentaire ☐ Niveau : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LA RESTAURATION

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

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					
BCG					

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

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

P.A.I. ALLERGIES :

ASTHME ☐

ALIMENTAIRES ☐

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ ÉVENTUELLES :

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

ATTENTION : PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Un projet d'accueil individualisé (PAI) est mis en place pour l'enfant atteint de maladie chronique (asthme par exemple), d'allergie et d'intolérance alimentaire. Il doit lui permettre de suivre une scolarité normale ou d'être accueilli en collectivité.

Le PAI est un document **écrit**, élaboré à la demande de la famille par le directeur de l'école et le médecin scolaire, à partir des données transmises par le médecin qui soigne l'enfant.

Il ne dégage pas les parents de leurs responsabilités.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE

.....
.....

TÉL. DOMICILE : BUREAU :

NOM, adresse et numéro de téléphone du Médecin Traitant.....

.....
.....

Je, soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

.....