



# ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

## Fiche sanitaire de liaison

### L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....  garçon  fille

Ecole : ..... Niveau scolaire : .....

### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Mail : .....

### PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

(Si différente du représentant légal)

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?  non  oui : (précisez) .....

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 traitement ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant présente-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

**ALLERGIES :**

Asthme                       Alimentaires                       Médicamenteuses

Autres : (précisez).....

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

.....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) :

VACCINS OBLIGATOIRE	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	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 de contre-indication

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

**MALADIES** : L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes

Rhumatismes                       Varicelle                       Scarlatine                       Rougeole                       Angine

Coqueluche                       Otites                       Oreillons                       Rubéole

**MEDECIN TRAITANT / HOSPITALISATION :**

NOM :

Téléphone :

VILLE :

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèse dentaire...

Précisez.....

Fait à La tranche sur mer, le .....

Signature,