



# 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 :

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

