



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : / /

Garçon / Filles / Autre :

PRECAUTIONS PARTICULIERES

Votre enfant a-t-il des ALLERGIES • Alimentaires NON <input type="checkbox"/> • Médicaments NON <input type="checkbox"/> • Autres (animaux, objets...) NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
Votre enfant est-il ASTHMATHIQUE NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , Quels symptômes ? Quel protocole est à faire ?		
Votre enfant a-t'il un régime alimentaire NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , lequel ? (ex : sans sel, sans viande, sans porc, sans lactose...)		

INFORMATIONS MEDICALES

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Dates des derniers rappels	VACCINATIONS RECOMMANDEES	Dates
• Diphtérie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Tétanos OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Poliomyélite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (ou DTP, ou Tétracoq)	_____ _____ _____	• Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Haemophilus OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • ROR OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Hépatite B OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Pneumocoque OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • BCG OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Autres	_____ _____ _____ _____ _____
Joindre obligatoirement les photocopies des vaccinations. Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, merci de joindre un certificat de contre-indication à la vaccination.			
Votre enfant a-t'il eut • La varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • La rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, lequel _____ _____ Si oui, il faut joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) le jour de l'arrivée, ainsi que le matériel médical nécessaire.		



BESOINS SPECIFIQUES

Votre enfant a-t'il des difficultés		
• De mobilité NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____		
• D'audition NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____		
• De vue NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____		
• Pour parler NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____		
• Pour les tâches de la vie quotidienne (se laver, manger, aller aux toilettes...) NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____		
• De comportement NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____		
• Est-il accompagné par une AVS à l'école ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____		
Pour mieux le connaître, votre enfant est plutôt (sociable, timide, anxieux, discret...) :		
• Avec les adultes _____ _____		
• Avec les enfants _____ _____		
Poids :	Taille :	Si c'est une fille est-elle réglée NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Je soussigné (e),....., responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements de cette fiche et je m'engage à les réactualiser dès que possible si changement de la situation.

Fait à Le 2024

La signature des personnes titulaires de l'autorité parentale est obligatoire.

Signature (parent 1) signature (parent 2)

Signature (autre titulaire de l'autorité parentale)