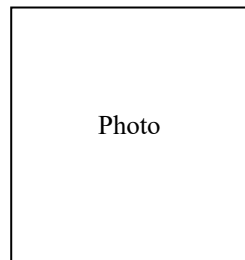


FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024 – 2025

ESPACE ADOS

Le jeune:



Nom du jeune :
Date et lieu de naissance :
Collège :

Prénom :
Sexe :
Classe :

Nouvelle inscription

Renouvellement

Nom du Parent 1:

Prénom :

Téléphone :

Nom du Parent 2:

Prénom :

Téléphone :

ASSURANCE :

N° de contrat :

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident :

Nom : _____

Prénom : _____

Commune : _____

N° de téléphone : _____

Hospitalisation : Centre Hospitalier Evreux Autre (précisez) : _____

Vaccination : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

DT Polio **ou** Tétracoq Dates des derniers rappels : _____

BCG Dates des derniers rappels : _____

Autres (Hépatites, ROR, coqueluche, ...) _____

(Merci de fournir la photocopie du carnet de vaccination)

Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

- Protocole d'accueil individualisé (P.A.I.). (Document à retirer auprès du directeur d'école)
- Maladies chroniques : asthme, convulsions, diabète, autre, précisez : _____
- Réactions allergiques : médicaments, aliments, autre, précisez : _____
- Appareillage : lunettes, appareil dentaire, auditif, autre, précisez : _____
- L'enfant suit un régime alimentaire. Précisez : _____

Recommandations et autres difficultés de santé (accident, crise convulsive, opération, rééducation...) :

Je soussigné(e),responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

