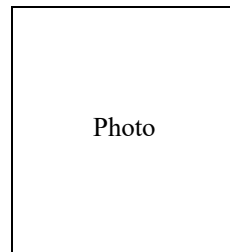


FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024 - 2025

Enfant :

Nom de l'enfant :
Date et lieu de naissance :
Ecole :
Nouvelle inscription

Prénom :
Sexe :
Classe :
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 : _____

Autre (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)+ trousse au nom de l'enfant

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 :

