



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 - 2026

Photo

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Ecole : _____ Classe : _____

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.

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Renseignements médicaux concernant l'enfant

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

→ 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 : _____