

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

- Année scolaire 2024-2025 -

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Nom de l'assuré : N° de Sécu :

Date de Naissance de l'assuré :

Adresse de l'enfant :

.....

Téléphone : Adresse Mail :

Nom et Adresse du médecin traitant :

.....

.....

.....

VACCINATIONS

A remplir avec les dates et **joindre la copie de la page vaccination du carnet de santé**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Coqueluche	
ou DT Polio		BCG	
ou Tétracoq		Autre (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre le certificat médical de contre-indication.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel :

.....

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (à cocher)

	Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Scarlatine		
Varicelle			Coqueluche		
Angine			Rougeole		
Otite			Autres (préciser) :		
Rhumatisme articulaire Aigue					
Oreillon					

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire : ☐ Oui ☐ Non

ALLERGIES :

Asthme	☐ Oui	☐ Non
Allergies Alimentaires	☐ Oui	☐ Non
Allergies Médicamenteuses	☐ Oui	☐ Non

Autres :

Préciser la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler) et joindre un **certificat médical** :

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé et accidents qu'a connus votre enfant (maladie, accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **dates** et les **mesures à prendre** :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Préciser :

.....
.....

EN CAS D'ACCIDENT NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION

En cas d'accident j'autorise le personnel municipal à prendre toutes les dispositions nécessaires, à savoir appeler les urgences médicales et diriger mon enfant vers l'hôpital ou la clinique suivante :

(Préciser le nom et l'adresse de l'Hôpital ou la Clinique) :

.....
.....

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e) Nom Prénom ,
responsable légal de l'enfant, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche
et autorise la Commune de GOMMERVILLE à prendre le cas échéant toutes les mesures
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par
l'état de l'enfant.

*Date et Signature du
responsable légal précédée de
la mention « lu et approuvé »*