VILLE DE RIVES

Année scolaire 2024-2025

Ecole :.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES depuis 2018	oui	non	DATES des derniers RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES des derniers RAPPELS
Hépatite B				Diphtérie	
Rubéole-Oreillons-Rougeole				Tétanos	
Coqueluche				Poliomyélite	
Méningocoque C/ pneumocoque					
Haemophilius influenzae B					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui ❑ non ❑

L'enfant est-il en situation de handicap ? oui ❑ non ❑

Si oui, a-t-il un numéro AEEH ? oui ❑ (fournir justificatif) non ❑

Si l'enfant fréquente la restauration scolaire, a-t-il besoin d'un AESH ? oui ❑ non ❑

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES **MALADIES SUIVANTES** ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES ……

Si OUI :
Vous devez établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI),
Ou cela ne nécessite pas de PAI donc pas de médicaments à l'école,
Ou fournir un certificat médical obligatoire stipulant l'éviction d'un aliment spécifique.

Crises, convulsions, autres : ……

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

Je soussigné(e), ...responsable légal 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.

Date : **Signature :**