

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (1 par enfant) 2024-2025

ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

Régime alimentaire Non / Oui, lequel : sans viande ; autre _____

Allergies alimentaires

Non, je certifie que mon enfant ne présente, à ma connaissance, aucune allergie alimentaire.

Oui, lesquelles * : _____

Vaccins obligatoires (si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)

DTP (date) (Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite)

(Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

L'enfant suit-il un traitement médical ? Non / Oui (joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants)

Allergies : Asthme : Non, Oui / Médicamenteuses : Non, Oui / Autre : Non, Oui

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : _____

Indiquez ci-après, les difficultés de santé : (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducations, en précisant les dates et les précautions à prendre)

Recommandations utiles des parents : (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?)

Traitement médical : Non / Oui (fournir l'ordonnance et les médicaments marqués au nom et prénom de l'enfant).

Y-a-t-il un P.A.I. (Projet d'Accueil Personnalisé) : Non / Oui

Si oui, j'autorise l'utilisation du P.A.I. : Non / Oui (fournir le P.A.I.)

NOM du médecin traitant :



Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les
renseignements portés sur cette fiche.
A Sathonay-Camp, le _____ Signature du responsable légal