

FICHE SANITAIRE DE LIAISON année scolaire

Cette fiche a été conçue pour recueillir des renseignements utiles voire indispensables à la santé de votre enfant. Elle vous permet de conserver son carnet de santé qui ne devra pas être déposé à l'école. Son caractère est confidentiel.

ENFANT

Nom : prénom :

né le :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : prénom :

adresse :

Code postal : Localité :

tél. domicile : tél. travail :

Caisse de sécurité sociale (dénomination, adresse, n° d'affiliation) :

Mutuelle (dénomination, adresse, n° d'affiliation) :

ANTÉCÉDENTS / ATTESTATIONS / AUTORISATION / RECOMMANDATIONS

1. L'enfant suit un traitement NON OUI [rayer la mention inutile]

Si oui, lequel ? :

Joindre l'ordonnance et les médicaments.

2. L'enfant mouille-t-il son lit NON OUI EXCEPTIONNELLEMENT [rayer la ou les mention(s) inutile(s)]

ANTÉCÉDENTS / ATTESTATIONS / AUTORISATION / RECOMMANDATIONS

(suite)

3. L'enfant doit-il porter des lunettes ? NON OUI ;

Si oui, constamment ? NON OUI ;

Seulement en classe et en étude ? NON OUI ; Pour lire ? NON OUI

4. L'enfant a-t-il parfois des problèmes de santé physique ou mentale dont l'école doit être informée ? NON OUI ;

Si oui, lesquels ? (indiquez en même temps les traitements éventuels) :

.....

.....

.....

5. L'enfant souffre-t-il d'allergies ? NON OUI ;

Si oui, à quoi ?

.....

6. L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? : si oui, entourez le OUI

Rubéole OUI ; Varicelle OUI ; Angines OUI ; Rhumatismes OUI ; Scarlatine OUI ;

Coqueluche OUI ; Otites OUI ; Asthme OUI ; Rougeole OUI ; Oreillons OUI ;

Autres maladies :

.....

.....

6. Indiquez les autres difficultés de santé (accidents, crises convulsives, hospitalisations, interventions chirurgicales, rééducations) en précisant les dates :

..... /..... /.....

..... /..... /.....

..... /..... /.....

..... /..... /.....

..... /..... /.....

ANTÉCÉDENTS / ATTESTATIONS / AUTORISATION / RECOMMANDATIONS
(suite et fin)

7. VACCINATIONS (à remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination)

précisez : T. ; DT. ; Polio ; DT.-Coq. ; DT-Polio. ; Tétracoq. ; Prise polio. orale ; ROR ; BCG+ tests :

- /...../..... /...../..... /...../.....
- /...../..... /...../..... /...../.....
- /...../..... /...../..... /...../.....
- /...../..... /...../..... /...../.....
- /...../..... /...../..... /...../.....
- /...../..... /...../..... /...../.....

AUTRES VACCINATIONS (hépatite, fièvre jaune...)

- /...../..... /...../..... /...../.....
- /...../..... /...../..... /...../.....

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....
.....

8. GROUPE SANGUIN : FACTEUR RHÉSUS :
déterminé le : et le :

9. En cas de besoin, et à la demande de l'école, l'enfant sera examiné par le médecin de l'école, son remplaçant ou le médecin de garde NON OUI [rayer la mention inutile]

Si OUI, il suivra le traitement prescrit

Si NON, JE DÉCLARE DÉCHARGER L'ÉCOLE DE TOUTE RESPONSABILITÉ À L'ÉGARD DE L'ENFANT, mais je demande à l'école d'observer les consignes suivantes :

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

En cas d'hospitalisation, j'autorise l'établissement hospitalier à procéder à toute intervention chirurgicale rendue nécessaire par l'état de santé de l'enfant sous anesthésie locale ou générale après avoir été informé de l'hospitalisation et avoir eu contact avec le médecin traitant.

Je, soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire de liaison.

Nom et prénom :

Date et signature :

