

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON année scolaire 2017/2018

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 :

## CERTIFICAT MÉDICAL

(à remplir par le médecin de famille au plus tôt un mois avant la rentrée scolaire)

Je, soussigné, Docteur en médecine, atteste

avoir examiné l'enfant : .....

et certifie qu'il ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse et de contre indication à la vie en collectivité.

Remarque éventuelle : .....

.....

.....

Date, signature et cachet du médecin

**OBSERVATIONS FAITES EN COURS D'ANNÉE SCOLAIRE** par le médecin, qui s'identifiera.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....