



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2023/2024

1 - Jeune

NOM: _____

PRENOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

2 - Vaccinations

Vaccins obligatoires	oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio.				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					

3 - Renseignements médicaux du jeune

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Cocher la case correspondante

Maladies	Oui	Non	Maladies	Oui	Non
Typhoïde			Diphthérie		
Rubéole			Varicelle		
Angine			Rhumatisme articulaire aigu		
Scarlatine			Coqueluche		
Rougeole			Oreillons		

Veillez préciser si votre enfant a des allergies, de l'asthme, un régime alimentaire spécifique, un projet d'accueil individualisé (joindre la copie du PAI à ce document) ou autres et la conduite à tenir:

.....

.....
..... **Votre enfant a-t-il une notification MDPH ? (information anonyme, nécessaire pour les statistiques de la CAF :**

.....

Groupe sanguin du jeune :

Opérations chirurgicales subies et quand :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction à prendre toutes mesures pour soigner (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Saint-Orens le :

Signature :