

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

FICHE OBLIGATOIRE lors de l'inscription initiale
et lors de l'entrée en PS, CP, 6^{ème} (et en cas de changements de situation médicale)

Je soussigné(e),

responsable légal de l'enfant (nom et prénom)

Classe :

N° tél d'urgence du PAPA :

N° tél d'urgence de la MAMAN :

Organisme :

N° sécurité sociale :

CERTIFICAT DE VACCINATION - réservé au médecin

Je soussigné(e), Docteur

TELEPHONE :

ADRESSE :

certifie que l'enfant

né(e) le

à

est à jour de ces vaccinations obligatoires.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Fait le :

A :

signature / tampon

MEDECIN TRAITANT (si différent du médecin ci-dessus indiqué)

NOM et PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DIVERS

En cas d'allergie, asthme... joindre la copie du **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**

ALLERGIES

Asthme OUI NON Alimentaires OUI NON Médicamenteuses OUI NON

Autres OUI NON

Le cas échéant, préciser la **cause**

de l'allergie et la **conduite à tenir**:

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**FICHE OBLIGATOIRE lors de l'inscription initial
et lors de l'entrée en PS, CP, 6^{ème} (et en cas de changements de situation médicale)**

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires...). PRECISER:

AUTORISATIONS

J'AUTORISE le personnel de la structure, sous couvert de la directrice, à administrer du paracétamol à notre enfant, en cas de température supérieurs à 38,5° C.

En cas d'urgence et d'intervention des services d'urgence, J'AUTORISE la directrice de la structure ou son adjoint, à communiquer la fiche sanitaire de l'enfant aux services médicaux d'urgence.

JE DECLARE exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A :

le :

Signature du père

Signature de la mère