

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Ecole Jean BOUYSET



Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Nom de la compagnie d'assurance (et adresse) :
 N° de responsabilité civile :

NOM de l'enfant : Prénom : Date de naissance : Classe : <input type="checkbox"/> Très petite section <input type="checkbox"/> Petite section <input type="checkbox"/> Moyenne section <input type="checkbox"/> Grande section <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1	Médecin traitant de l'enfant : Nom : Adresse : Téléphone :
--	--

I. Renseignements médicaux

Vaccinations joindre une copie des pages de vaccination extraite du carnet de santé et un certificat de contre-indication dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires

Difficultés de santé

L'enfant doit-il suivre un traitement médical spécifique (maladie signalée, pathologie chronique, dyslexie, handicap, etc.) ?

oui non

Si un protocole d'accueil individualisé a été rédigé avec l'école pour déterminer des aménagements, une copie doit être fournie. Aucun médicament ne sera donné.

Indiquer les difficultés antérieures (accident, crises convulsives, hospitalisation, opération,...)

.....

Allergies : Médicamenteuses oui non asthme : oui non
 Alimentaires oui non autres : oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

II. Recommandations utiles

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

.....

III. Informations générales

Nom - prénom du représentant légal :

Adresse complète :

N° de sécurité sociale :

Régime : général (CPAM) agricole spécial lequel.....

Nom et adresse du centre :

Responsable 1	Responsable 2	Autre 1	Autre 2
Nom prénom			
Lien avec l'enfant			
N° téléphone domicile			
N° téléphone portable			
N° téléphone travail			

**En cas d'accident ou malaise aigu, les services scolaires appellent
 La famille sera prévenue par les moyens les plus rapides.**

le SAMU : 15

IV. Responsabilité légale

Je soussigné.e, (NOM)(prénom).....

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature (précédées de la mention « lu et approuvé »)