



Service Restauration scolaire

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT.

Nom et prénom de l'enfant :

École fréquentée : Élémentaire Maternelle

Classe pour la rentrée : Date de naissance :

Nom et numéro du médecin traitant :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire OUI NON

Traitement au long court OUI NON

Régime alimentaire pour raisons médicales OUI NON

Si vous avez coché une de ces cases, veuillez fournir le dossier PAI (+ traitement).

1. VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole Oreillons Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole OUI NON	Varicelle OUI NON	Angine OUI NON	Rhumatisme articulaire aigu OUI NON
Coqueluche OUI NON	Otite OUI NON	Rougeole OUI NON	Oreillons OUI NON
Scarlatine OUI NON			

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ?
Précisez :

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

Autres informations utiles :

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

Les informations ci-dessous doivent être les mêmes que sur la fiche d'inscription famille.

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom : Prénom : N° en cas d'urgence :	Nom : Prénom : N° en cas d'urgence :

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

À Fougeré, le _____

Signature des parents