

Fiche sanitaire de liaison de l'enfant Année scolaire 2025/2026

(ce document complété et signé doit être remis début septembre à l'administration accompagné de la copie du carnet de vaccination, de l'attestation d'assurance et de l'éventuelle attestation médicale de contre-indication pour la pratique de la natation en piscine)

1/ ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON FILLE

2/ VACCINATIONS

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

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

3/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRES (à préciser)

NOM :
PRENOM :

ALLERGIES * :

ASTHME OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON
MÉDICAMENTEUSES OUI NON
AUTRES :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

* Merci de nous fournir tout document médical officiel (PAI, ordonnances, attestation du médecin traitant, protocole à suivre en cas de crise).

4/ INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

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

.....

5/ RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM PRENOM
ADRESSE
TELEPHONE PORTABLE __ / __ / __ / __ / __

Personne à prévenir en cas d'indisponibilité (nom, prénom, lien avec l'enfant et téléphone portable) :

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'école Eridan à prendre le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état de mon enfant (consultation par un médecin, hospitalisation et tout soin nécessaire à la santé de l'enfant).

Date :
Signature :