

Fiche sanitaire de liaison

Année scolaire 2024 / 2025

A remettre en mairie avant le 2 septembre 2024

• Enfant :								
OM : 						Sexe :	☐ Garçon	□ Fill
rénoms : ate de naissance : _ - _ - _						Médecin traitant :		
Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date	
Diphtérie				Hépatite B				
Tétanos				Rubéole				
Poliomyélite				Coqueluche				
ou DT polio				Autres (précise)			
ou Tétracoq								
B.C.G.								
Si oui, joindre boîtes d'origir <u>Attention :</u> au	l suivre une or ne, avec cun m é	un traite donnanc la notice édicamer	ment médical ce récente et le e, et marquées	s <mark>médicaments</mark> au nom de l'enfa re pris sans ord	nt).	,	dans leurs	
Rubéole	Va	ricelle	Angine	Scarlatine		Coque	eluche	
□ oui □ non	□ ou	i □ non	□ oui □ non	□ oui □ non		□ oui	□ non	
Otite	Ro	ugeole	Oreillons	Rh	umatisme	articulair	e aigu	
□ oui □ non	□ ou	i □ non	□ oui □ non		□ oui	□ non		
Allergies et autre	alim	entaires	euses □ oui □ □ oui □ e et la condui] non aut	hme res		□ non □ non	

	ppération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre .
<u>F</u>	Recommandations utiles :
	/otre enfant est-il soumis à un régime alimentaire spécifique ? □ oui □ non Si oui lequel ?
F	Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc?
<u>F</u>	Responsable légal de l'enfant :
	Prénom :
	icile : _ _ . _ . _ . _ . _ . _ Portable : _ _ . _ . _ . _ . _ . _ .
fi	le soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cett iche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (<i>traitement médica</i> nospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
	Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : Date :
S	
	es informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par les services de la mairie de L