



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 2021-2022

Cette fiche permet de recueillir des informations médicales destinées le cas échéant, aux professionnels de santé. Nous vous demandons de remplir cette fiche sanitaire avec le plus grand soin, elle restera confidentielle.

1. IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : **PRENOMS :** **CLASSE :**

Né(e) le/...../..... Sexe : F M Age :ans Poids : kg

Numéro de sécurité sociale : n° de rattachement de l'enfant ... / ... / ... / ... / ... / ... / ...

2. VACCINATIONS

Joindre la copie du carnet de vaccination

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? Non Oui

Si oui **joindre une ordonnance récente et les médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant)

L'enfant a-t-il des allergies ? Non Oui

Si oui, allergies à quoi :

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

.....

.....

L'enfant a-t-il un PAI ? Non Oui → **joindre le PAI 2021-2022 mis à jour**
(à télécharger sur le site www.nd-sf.fr)

En cas de PAI médicamenteux : prévoir une trousse au nom de l'élève avec l'ordonnance et les médicaments, ou veiller à toujours avoir l'ordonnance dans le carnet de liaison si l'élève garde les médicaments sur lui.

**ATTENTION : AUCUN MÉDICAMENT NE SERA DÉLIVRÉ
PAR L'ÉTABLISSEMENT HORS PAI**

4. HOSPITALISATIONS ET/OU INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Appendicite : Non Oui

Autres opérations :

Hospitalisations (dates et motifs) :

.....

.....

.....

5. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

(Votre enfant porte il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires etc...N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant pendant son séjour).

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

6. COORDONNEES DES PARENTS

Responsable légal de l'enfant : Père Mère

Nom du Père :	Nom de la Mère :
Adresse :	Adresse :
Tel domicile :	Tel domicile :
Tel travail :	Tel travail :
Portable :	Portable :
Autres personnes à contacter en cas d'urgence :	
Nom et prénom : lien de parenté avec l'enfant :	
Nom et prénom : lien de parenté avec l'enfant :	

7. AUTORISATION PARENTALE POUR LES SEJOURS ET SORTIES SCOLAIRES

Je soussigné(e) : M/Mme.....

Agissant en qualité de Père Mère Tuteur légal

Demeurant :

autorise(nt) n'autorise(nt) pas

le responsable du séjour à prendre, le cas échéant et sur avis médical, toutes mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (nom prénom de l'enfant)

Médicales Non Oui
Chirurgicales Non Oui
Anesthésiques Non Oui

ATTENTION : AUCUN MÉDICAMENT NE SERA DÉLIVRÉ LORS DES SEJOURS. SI VOTRE ENFANT PREND UN TRAITEMENT, IL DOIT AVOIR LE MÉDICAMENT ET L'ORDONNANCE SUR LUI PENDANT LE VOYAGE

Fait à Le/...../.....

Signature :