



ANNEE SCOLAIRE

Fiche sanitaire de liaison

L'ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance : garçon fille

Ecole : Niveau scolaire :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Mail :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

(Si différente du représentant légal)

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? non oui : (précisez)

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 traitement ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant présente-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

