



# Fiche Sanitaire de liaison 2024-2025



## Enfant :

Nom..... Prénom..... Sexe : .....

**Rappel :** Cette fiche sanitaire de liaison regroupe des informations nécessaires sur la santé de votre enfant. Elle est très utile et systématiquement demandée lors d'une prise en charge par les secours (médecin, pompiers, SAMU...), car elle peut apporter des informations capitales dans une situation d'urgence.

Aussi, veuillez à la remplir avec soin. Merci

## Projet d'Accueil Individualisé

L'enfant fait il l'objet d'un P.A.I? Oui  Non

Si oui, joindre le PAI signé par le médecin scolaire, la direction de l'école et la famille au bulletin d'inscription joint à cette fiche. Si des médicaments sont prévus dans le PAI, fournir la trousse de médicament avec l'ordonnance nécessaire en double (une trousse pour la classe, une trousse pour le périscolaire).

## Prise de médicaments

Dans le cadre d'une prise de médicament ponctuelle et absolument nécessaire, hors PAI, durant le temps scolaire ou périscolaire, c'est au responsable ou à une personne désignée par lui de prendre rendez vous auprès du service Education pour venir donner le médicament à l'enfant.

## Maladies

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Cochez si oui.

Rubéole       Varicelle       Otite       Angine       Scarlatine   
Rougeole       Rhumatisme articulaire aigu       Oreillons       Coqueluche

## Allergies et asthme

L'enfant fait-il de l'asthme ? Oui  Non  Si Ventoline, obligation de PAI. (Voir rubrique PAI)

Allergies médicamenteuses : Oui  Non .....

Allergies alimentaires : Oui  Non  .....

Autres allergies, intolérances, précisez la cause et la conduite à tenir : .....

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

## **Difficultés de santé**

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions éventuelles à prendre.

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

## **Recommandations utiles des parents**

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

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

*NB* : Si besoin, afin de garantir la sécurité affective de votre fille et une approche bienveillante, merci de gérer directement avec l'équipe d'encadrement les modalités d'accompagnement de son cycle menstruel.

Autres choses que vous jugez nécessaire à indiquer aux accompagnants ? (Comportement, phobies...)

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

## **Médecin traitant**

Nom : ..... Ville : ..... Tel : .....

## **Autorisations**

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant  
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le professeur/l'agent à prendre toutes mesures (appel des secours, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

*Vos données personnelles font l'objet d'un traitement par la ville de Clermont l'Hérault dont la finalité est la gestion des services liés au périscolaire, ainsi qu'aux activités sportives. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, veuillez consulter la notice d'informations présente dans le règlement intérieur du service Education et Sports.*

Fait à : ..... Date : .....

Signature du/des responsables :