



FICHE DE LIAISON MEDICALE

Nom de l'enfant :

Né(e) le :

☐ Externe

Prénom de l'enfant :

Classe :

☐ Demi-pensionnaire

Père :

Portable :

Adresse :
.....
.....

Tél.fixe :

Lieu et adresse du lieu de travail :
.....
.....

Mère :

Portable :

Adresse :
.....
.....

Tél.fixe :

Lieu et adresse du lieu de travail :
.....
.....

N° de Sécurité Sociale : de la caisse sur laquelle figure
l'enfant en tant qu'ayant droit

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence (OBLIGATOIRE) :

Personne n°1 :	Personne n°2 :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien de parenté avec l'enfant :	Lien de parenté avec l'enfant :
Téléphone :	Téléphone :

Veuillez signaler :

- Si votre enfant est allergique à un médicament : Oui ☐ Non ☐
Si oui, nom du ou des médicaments :
.....
- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, lesquels :
.....
.....



Indiquez quelle(s) gêne(s) cela entraîne pour votre enfant (difficultés de vision, d'audition, inaptitude en gymnastique, pour courir vite, pour faire certains mouvements, allergies, etc...)

.....
.....

Si votre enfant est susceptible de faire des malaises, des crises (diabète, asthme, épilepsie, allergie, etc...), indiquez-le et, prenez un rendez-vous avec le chef d'établissement pour l'élaboration d'un protocole médical.

.....
.....

Votre enfant peut-il participer à toutes les activités physiques et sportives ?

Oui ☐ Non ☐

Si non, laquelle ou lesquelles et donner la raison :

.....
.....

Nous remercions les parents de bien vouloir demander à leur médecin d'éviter toute prise de médicament dans la journée au cas où les enfants sont demi-pensionnaires.

Nous vous rappelons que les élèves ne doivent pas garder de médicaments sur eux (comprimés, sirop, etc.).

En cas de prescription médicale d'un médicament dans la journée, veuillez donner à votre enfant :

- ✓ Le médicament
- ✓ L'ordonnance du médecin ou bien la photocopie

Cet ensemble sera déposé à l'infirmerie le matin et repris le soir

Nous vous remercions de respecter ces consignes dans un esprit de coopération.

Date : / /

Signature Responsable 1

Signature Responsable 2