

**Fiche sanitaire  
de liaison (3)**

Année 2020/2021

Nom et prénom de l'enfant .....

Classe fréquenté année scolaire 2019/2020 : .....

Nom et adresse du médecin traitant : .....

Nom et adresse du centre hospitalier où vous souhaitez que votre (vos) enfant(s) soi(en)t pris en charge : .....

Problème de santé à signaler : .....

Votre enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non  
Si oui, lequel : .....

Votre enfant a-t-il des allergies médicamenteuses ?  oui  non  
Si oui, lesquelles : .....

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ?  oui  non  
Si oui, lesquelles : .....

Joindre un certificat médical pour les allergies signalées.

L'enfant fait-il l'objet d'un protocole PAI ? :  oui  non

Fait le....., à.....  
Nom, prénom et signature.