



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2024/2025

## 1- ENFANT

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance  
Lieu de naissance  
Ecole :

Garçon  Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT ;

### 1- ACTIVITES (cocher l'activité concernée)

- Restauration scolaire
- Accueil de loisirs Mercredi
- Accueil Périscolaire

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins Obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	oui	non	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant suit-il un **traitement médical** ? oui  non   
**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**)

Votre enfant a-t-il un PAI (Plan d'Accueil Individualisé) ? oui  non

**Si oui**, fournir le **document dûment complété et signé par le médecin**.

L'enfant a-t-il des besoins spécifiques ? oui  non

**Si oui**, merci de vous rapprocher du service pour l'établissement de son projet d'accueil personnalisé.

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	oui	non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	oui	non
Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	oui	non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES *	oui	non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres allergies	

\* En cas d'allergie, veuillez transmettre un certificat médical attestant de l'allergie de votre enfant ainsi que le protocole à suivre en cas de manifestation de celle-ci.

INDIQUEZ CI-APRÈS :  
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET **LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, REGIME ALIMENTAIRE, ETC... PRÉCISEZ.

#### 6 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom  Prénom   
Nom  Prénom

Adresse où réside l'enfant

Code postal  Ville

Tél. fixe domicile   
Tél. portable M.   
Tél. portable Mme

Tél. fixe prof. M.   
Tél. fixe prof. Mme

**Facultatif** Nom du médecin traitant  Tél.

Numéro Alocataire CAF

Numéro sécurité sociale

Personnes à contacter ou autorisées à venir chercher l'enfant de plus de 14 ans (autre que les parents)

Nom -Prénom	qualité	Téléphone
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

#### 7-Autorisations

Madame/Monsieur   
Autorise l'enfant

Dans le cadre des activités réalisées par les enfants, la diffusion de textes, de photographies (presse locale et site web), d'enregistrement sonores ou de créations de toute nature, concernant mon enfant dans un but strictement pédagogique

À voyager en voiture individuelle si la situation se présente.

À être pris en charge pour toute intervention médicale d'urgence.

Je soussigné

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

le

Signature