

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 – 2026

DOCUMENT CONFIDENTIEL

RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

1- 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	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				Méningocoque	
				Pneumocoque	
				Méningite Hib	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : Kg ; Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au périscolaire / centre de loisirs ? 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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES OUI NON

*ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE ET LA RÉACTION DE L'ALLERGIE :

CONDUITE A TENIR :

Existe-t-il un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) : OUI NON

(Si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles)

* Dans tous les cas, s'il existe des problèmes médicaux liés à l'alimentation (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique ...), un Protocole d'Accueil Individualisé devra être mis en place. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise à l'équipe de direction.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (ASTHME, MALADIE, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

3- INFORMATION COMPLÉMENTAIRES

REPAS DE SUBSTITUTION : Sans viande Sans porc

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES DE CONTACT : OUI NON

DES LUNETTES : OUI NON

DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI NON

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI NON

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

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

3- AUTORISATION

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI NON

4- RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE N°1 :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : CP VILLE :

TEL. PORTABLE :, FIXE / DOMICILE :

RESPONSABLE N°2 :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : CP VILLE :

TEL. PORTABLE :, FIXE / DOMICILE :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT:

Le soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas, échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

DATE :

SIGNATURE :