

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2026 – 2027
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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES 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:

Je 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 :