

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026/2027

Enfants

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de l'année.

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	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	ROUGEOLE	OREILLONS
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐

ALLERGIES ALIMENTAIRES : oui ☐ non ☐

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES : oui ☐ non ☐

ASTHME : oui ☐ non ☐

AUTRES :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui ☐ non ☐

L'enfant a-t-il un PAI ? oui ☐ non ☐ (joindre le PAI)

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

.....
.....

Pour les enfants en situation de handicap suivi par la MDPH ou rencontrant des difficultés
Veuillez contacter la directrice pour organiser l'accueil de votre enfant.

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....

Précisez.....
.....

L'enfant mouille-t-il son lit lors de la sieste ? oui ☐ non ☐ occasionnellement ☐

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui ☐ non ☐

Régime alimentaire spécifique : sans porc ☐ sans viande ☐

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

(Rayer la mention inutile)

Père/Mère : portable : _____ travail : _____

Père/Mère : portable : _____ travail : _____

Autre :: portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant
_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le
responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

5- PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je soussigné(e) Nom Prénom

Responsable de l'enfant Nom Prénom

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Parent numéro 2 : Nom.....Prénom.....

Nom Prénom Tél lien parenté

Nom Prénom Tél lien parenté

Nom Prénom Tél lien parenté

Date:

Signature: