



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Établissement scolaire : \_\_\_\_\_  
 Garçon  Fille

Responsable(s) de l'enfant :       Père       Mère

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Tél domicile : .....  
 Portable : .....  
 Tél professionnel : .....  
 Adresse mail : .....  
 N° d'allocataire : .....

Situation familiale :     mariés, pacés, vie maritale     divorcés, séparés     autre.....  
     garde alternée     garde exclusive     autre (famille d'accueil, tiers....)

Personnes à contacter en cas d'urgence : ..... Tél : .....  
 (Autre que les parents) ..... Tél : .....

I- Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant) Joindre un certificat médical de contre-indication si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire.

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DTP				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (précisez)	

II- Renseignements médicaux concernant l'enfant :

**Poids : ... ..kg Taille : ... ..cm (informations nécessaires en cas d'urgence)**

**Allergies :** Médicamenteuses oui  non  Si oui, lesquels ? .....  
Alimentaire oui  non  Si oui, lesquelles ? .....  
Autres (pollen, animaux, plantes) Lesquelles ?.....

L'enfant suit-il un traitement médical durant sa présence : oui  non

Asthme : oui  non

Pour tout traitement (même asthme) joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine, avec la notice, marqués au nom de l'enfant.

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Si oui, les entourer.**

Rubéole      Varicelle      Angine      Rhumatisme articulaire aigu      Scarlatine  
Coqueluche      Otite      Rougeole      Oreillons

**Autres régimes alimentaires :**  sans porc  sans viande  autre .....

**En cas de PAI alimentaire, merci de fournir un panier repas pour votre enfant.**

**III- Recommandations utiles des parents :**

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

Et y-a-t-il un suivi à apporter à l'enfant ?

Précisez :

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

**IV- Nom et tél. du médecin traitant :.....**

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

**MERCI DE JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES VACCINS DU CARNET DE SANTÉ DES ENFANTS LORS DE L'INSCRIPTION.**

Date :

Signature :