



## 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, pacsés, 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 :