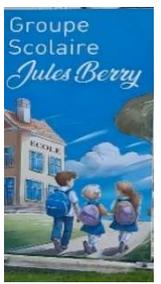




# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*Document confidentiel*



**Groupe Scolaire : Jules BERRY**

**ANNEE : 2025 - 2026**

## IDENTITÉ de l'ENFANT

Nom		
Prénom		
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Date de naissance		

### 1. VACCINATIONS

Il est **demandé** de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé ou de fournir une attestation des vaccinations réalisées **en cas d'absence de carnet**.

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3)

Pour rappel

VACCINS OBLIGATOIRES	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u> <u>Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018</u>
Diphtérie	Hépatite B*
Tétanos	Rubéole-Oreillons-Rougeole*
Poliomyélite	Coqueluche*
	Méningocoque C*
	Pneumocoque*
	Méningite Hib*
	Autres :

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 sur le temps périscolaire ? 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**

ALLERGIES : Médicamenteuses : OUI  NON

Alimentaires \* : OUI  NON  Autres : .....

Précisez la cause et le type de réaction (œdème, urticaire, ...) + joindre un certificat médical :

.....

Conduite à tenir : .....

.....

Existe-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) OUI  joindre le protocole et toutes informations utiles NON

*\*s'il existe des problèmes médicaux liés à l'alimentation (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique...), un Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire devra être mis en place et/ou complété par un PAI existant. 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 au responsable de la structure d'accueil.*

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser en indiquant les précautions à prendre OUI   
NON  (Asthme, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

.....

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie etc...

Autres recommandations utiles : .....

.....

### 4. RESPONSABLES DE L'ENFANT (A prévenir en cas d'urgence)

Nom et Prénom	Téléphone portable	Téléphone domicile	Téléphone travail

Nom et tél du médecin traitant .....

.....

*Je soussigné.(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgical) 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 et Signature des parents :