

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025/2026

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON FILLE 

## 1 – VACCINATIONS: Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

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

Pour rappel:

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDÉS
	<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 MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs /périscolaires? 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 : .....

**PRECISEZ LA CAUSE ET LA REACTION DE L'ALLERGIE +j oindre un certificat médical:**

.....

**CONDUITE A TENIR:**

.....

**Existe-t-il un P.A.I**(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 des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc ...

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES:

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

**4 –RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Responsable N°1:NOM:.....PRÉNOM:.....

ADRESSE:.....

.....

TEL DOMICILE..... TEL PORTABLE:..... TEL TRAVAIL.....

Responsable N°2:NOM:.....PRÉNOM:.....

ADRESSE:.....

.....

TEL DOMICILE..... TEL PORTABLE:..... TEL 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 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 du responsable n°1

Signature du responsable n°2