

Mairie de St Hilaire Les  
Andrésis : 02.38.97.42.58

Garderie : 06.32.30.88.12

**FICHE  
SANITAIRE  
DE  
LIAISON  
OBLIGATOIRE**

**Année scolaire 2026/2027**  
**Restauration, Accueil Périscolaire**

NOM : .....  Garçon  
Prénom : .....  Fille  
Né(e) le : ...../...../..... Classe.....

Nom des responsables légaux de l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

domicile : .....

portable père : .....  portable mère : .....

travail père : .....  travail mère : .....

**Indiquez 2 personnes en précisant le rapport\* (famille, amis, voisins...) à contacter si nous ne pouvons vous joindre :**

Nom Prénom : .....  : .....  
Rapport\*.....

Nom Prénom : .....  : .....  
Rapport\*.....

**RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES :**

N° DE SECURITE SOCIALE : .....

N° DE REGIMES SPECIAUX : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Nom du médecin traitant : .....

: .....

**L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

- Rubéole :  OUI  NON - Varicelle :  OUI  NON - Scarlatine :  OUI  NON  
- Coqueluche :  OUI  NON - Rougeole :  OUI  NON - Oreillons :  OUI  NON

**ALLERGIES & REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :**

Asthme  Médicamenteuses  Alimentaire  Autres .....

Régime alimentaire particulier  Précisez : .....

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) en référence au P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) validé par le médecin scolaire :**

**Indiquer les difficultés de santé (maladie, handicap, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :**

**L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL :**  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.

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc :**

**Vaccinations :** joindre les photocopies des 3 pages correspondantes du carnet de santé

Nom de la compagnie d'assurance : .....

Adresse : .....

N° de contrat : .....

**Je soussigné(e),....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

**Date :**

**Votre signature obligatoire :**