



Commune de BEAUJEU

CANTINE /GARDERIE

ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : Le vaccin ANTI-TÉTANIQUE ne présente aucune contre-indication

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant doit-il un traitement médical pendant sa présence sur le temps de garderie ? Oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente

Nos agents ne sont pas habilités, aucun médicament ne pourra être donnés.

A TITRE INDICATIF : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : Asthme oui ☐ non ☐
Alimentaires oui ☐ non ☐

Médicamenteuses oui ☐ non ☐
Autres

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il des lentilles : oui ☐ non ☐

Des lunettes : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses auditives : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses ou appareil dentaire: oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Autres recommandations / Précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

4 - AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ☐ non ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....EMAIL :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

En cas de modification au cours de l'année, veuillez informer la mairie.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

Je soussignée,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 :