

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

| | | | |
|----|--------|--|--------------------------------|
| I. | ENFANT | NOM : _____ | Prénom : _____ |
| | | SEXE : GARCON <input type="checkbox"/> | FILLE <input type="checkbox"/> |
| | | Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____ | |

II. **VACCINATIONS** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS PRATIQUES | DATES |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| DIPHTERIE | | HEPATITE B | |
| TETANOS | | RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE | |
| POLIOMYELITE | | COQUELUCHE | |
| OU DT POLIO | | AUTRES (préciser) | |
| OU TETRACOQ | | | |
| BCG | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

III. **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 et autorisation écrite du représentant légal.**

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

| RUBEOLE | | | VARICELLE | | | ANGINES | | | RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGÜS | | | SCARLATINE | | |
|---------|--|-----|-----------|--|-----|---------|--|-----|--------------------------------|--|-----|------------|--|-----|
| NON | | OUI | NON | | OUI | NON | | OUI | NON | | OUI | NON | | OUI |

| COQUELUCHE | | | OTITES | | | ROUGEOLE | | | OREILLONS | | |
|------------|--|-----|--------|--|-----|----------|--|-----|-----------|--|-----|
| NON | | OUI | NON | | OUI | NON | | OUI | NON | | OUI |

Groupe sanguin : Rhésus :

L'enfant a-t-il :

ASTHME OUI NON
ALLERGIES OUI NON Autres :
PAI OUI NON

- Alimentaire Panier repas + goûter fourni par la famille : Oui Non
- Autres

(Fournir une photocopie du PAI)

Un accompagnement AESH : Oui Non
Percevez- vous l'AEEH pour votre enfant ? : Oui Non

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations) EN PRECISANT LES DATES et LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

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

IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC ... :

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

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRENOMS :

ADRESSE :
.....

TELEPHONE FIXE DOMICILE : BUREAU :

PORTABLE :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

Je soussigné(e), _____ responsable de l'enfant/du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage, le cas échéant, à signaler par écrit à l'équipe de direction de l'Accueil collectif de mineurs concernée, toute modification devant être apportée à la présente fiche sanitaire de liaison en cours d'année scolaire.

Signature du ou des responsables légaux : (précisez père - mère ou tuteur légal)

A

Le