

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026

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