

## MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON****1 - ENFANT**

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON                       FILLE CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA PRÉSENCE  
DE VOTRE ENFANT A L'ÉCOLE**2 - VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).**JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINS OBLIGATOIRES**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				B.C.G.	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT****L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**Rougeole : oui  non                       Varicelle : oui  non                       Angine : oui  non Coqueluche : oui  non                       Otite : oui  non                       Rubéole : oui  non Oreillons : oui  non                       Scarlatine : oui  non Rhumatisme articulaire aigu : oui  non **ALLERGIES :**ASTHME                      oui  non MÉDICAMENTEUSES                      oui  non ALIMENTAIRES                      oui  non 

AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :**

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... ? PRÉCISEZ :

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE DOMICILE : ..... PORTABLE : .....

**6 - NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :**

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signatures des représentants légaux :**