



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2024-2025



ENFANT :

NOM : **PRENOM** : Age : Sexe : M F

Date de naissance : Ecole : Niveau :

Représentant 1 (Nom prénom) :

Adresse :

Tel Dom : Portable : Bureau :

Représentant 2 (Nom prénom) :

Adresse :

Tel Dom : Portable : Bureau :

Nom et Téléphone du Médecin traitant :

VACCINATIONS

(Remplir les dates en se référant au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Vaccinations obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccinations obligatoires			Dates des derniers rappels
	OUI	NON			OUI	NON	
Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite				Infections invasives à Pneumocoque			
Coqueluche				Hépatite B			
Haemophilus influenzae B				R.O.R (Rougeole, Oreillons, Rubéole)			

MALADIES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole OUI NON Coqueluche OUI NON Varicelle OUI NON
Angine OUI NON Scarlatine OUI NON Otite OUI NON
Rougeole OUI NON Oreillons OUI NON Rhumatisme
Articulaire aigu OUI NON

ALLERGIES ET RECOMMANDATIONS UTILES

- Asthme :** OUI (instruire le dossier P.A.I*) NON
- Allergies alimentaires :** OUI (instruire le dossier P.A.I*) et fournir un panier-repas NON
- Allergies médicamenteuses :** OUI NON
- Autre (pollen, animaux, plantes) :** OUI NON

(Si oui, préciser les signes évocateurs et la conduite à tenir)

.....

.....

Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? Précisez :

.....

.....

.....

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Priorité	NOM/PRÉNOM	TÉLÉPHONE(S)	LIEN AVEC L'ENFANT
1			
2			
3			

Dans le cadre des accueils de loisirs, des stages sportifs ou des stages nautiques : un certificat médical de non contre-indication pourra vous être demandé uniquement pour certaines activités physiques et sportives.

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

Date :

Signature du responsable 1 :

Signature du responsable 2 :