



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Septembre 2024- Août 2025



1 - ENFANT
NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON [] FILLE []

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, OUI, NON, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS OBLIGATOIRES A compter du 01/01/2018, DATES rappels. Rows include DT Polio, Coqueluche, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Hépatite B, Méningites.

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

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été signé : OUI [] NON []

Si oui, date de signature : - le joindre impérativement à cette Fiche Sanitaire.

ALLERGIES : ASTHMES [] OUI [] NON

MEDICAMENTEUSES [] OUI [] NON

AUTRES : [] PAI avec trousse

ALIMENTAIRES [] OUI NON

Si allergies alimentaires précisez lesquelles :

Panier repas à fournir ? [] OUI [] NON

LES DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI [] NON []

Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... ? (PRECISEZ).

4 - REGIME ALIMENTAIRE : [] NON [] OUI Précisez :

5 - RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

[] RESPONSABLE LEGAL 1

[] RESPONSABLE LEGAL 2

*NOM : *NOM :

*PRENOM : *PRENOM :

*ADRESSE : *ADRESSE :

TEL. (DOM.) : TEL. (DOM.) :

PORTABLE : PORTABLE :

TEL. BUREAU : TEL. BUREAU :

E.MAIL : E.MAIL :

N°SECU.SOC :

ASSURANCE + NUMERO :

J'ATTESTE AVOIR SOUSCRIT POUR MON ENFANT, SUR LA PERIODE DU 1ER SEPTEMBRE 2024 AU 31 AOÛT 2025, UNE ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE et INDIVIDUELLE ACCIDENTS CORPORELS, SCOLAIRE, EXTRA et PERISCOLAIRE. (Attestation à fournir) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (NOM, PRENOM, TEL.) : (Autre que parents)

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

NUMERO D'ALLOCATAIRE + Q.F. :

6 - PERSONNES AUTORISEES (en dehors des responsables légaux) à venir chercher l'enfant : (CES PERSONNES DOIVENT AVOIR AU MINIMUM 18 ANS) :

*NOM : *NOM :

QUALITE : QUALITE :

TEL : TEL :

*NOM : *NOM :

QUALITE : QUALITE :

TEL : TEL :

7 - AUTORISATION DE TRANSPORT DE MINEURS : [] OUI [] NON

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'établissement scolaire et du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins.

[] Je déclare également avoir lu et accepté le règlement intérieur de la cantine scolaire et le règlement municipal de la garderie périscolaire.

Date : Signature :