



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT OFFICIEL

Informations administratives

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant.

1. VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérite				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

2.1. Maladie chronique :

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique (asthme, diabète, TDAH, autres)

Oui Non

Si oui, joindre le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) afin de connaître la conduite à tenir pour le personnel encadrant.

2.2. Allergie :

Votre enfant est-il sujet à des allergies :

- ALIMENTAIRES Oui Non
 - MEDICAMENTEUSES Oui Non
 - AUTRES (animaux, plantes, pollen) Oui Non

Si oui, joindre le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) afin de connaître la conduite à tenir pour le personnel encadrant.

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

RAPPEL : Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

4. RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

[TEL DOMICILE](#) [TEL TRAVAIL](#)

TEL PORTABLE :

Responsable N°2

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TEL DOMICILE : _____ **TEL TRAVAIL :** _____

TEL PORTABLE :

Je soussigné(e), responsable légal du mineur déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise les agents du service périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : _____

Signature :