



## 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)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie                 |     |     |                            | 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 :