



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

### ENFANT

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance.....

Garçon  Fille

**Vaccinations** : En application du décret n°20218-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoire Oui  Non

**(Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)**

**Votre enfant présente-t-il des troubles connus ?** Oui  Non

**Si oui, le(s)quel(s) :**

Allergie alimentaire  Allergie médicamenteuse  Asthme

Convulsions fébriles  Autres

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre certificat médical d'un allergologue)**

.....

.....

.....

.....

**Renseignements concernant la restauration scolaire**

Traditionnel  Sans porc  Végétarien  Panier repas  **(PAI uniquement)**

**Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individuel (PAI) ?**

Oui  Non  Demande en cour

**(Remettre le PAI au service enfance jeunesse)**

**Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge particulière à l'école (AESH) ou sur les activités du périscolaire (PAP) ?**

Oui  Non  Demande en cour

**Si oui, le(s)quel(s) :** .....

**Votre enfant fait-t-il l'objet d'une décision MDPH ?** Oui  Non

**L'enfant suit-il un traitement médical ?** Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance**

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

Rubéole	Varicelle	Rougeole	Oreillon	Scarlatine	Coqueluche
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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

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

**Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc ?

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

**Médecin traitant**

Nom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

**Urgence** : j'autorise / je n'autorise\* pas les responsables du centre de loisirs à administrer à l'enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale et à le transporter dans un véhicule de secours au centre hospitalier le plus proche.

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : .....Prénom : .....

Adresse .....

.....

.....

Tel portable : .....bureau : .....

Je soussigné(e), .....responsable légal(e) de l'enfant .....

- Atteste avoir souscrit à une assurance responsabilité civile pour les activités extrascolaires.
- Déclare exacte les informations portées sur la présente fiche sanitaire.

Date :

Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

\*Barrer la mention inutile