



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON-  
ANNEE SCOLAIRE 2025/2026**

(Valable du 1 Septembre 2025 au 31 Aout 2026)

ENFANT :      Fille                  Garçon

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_

**PARENT- RESPONSABLE LEGAL 1**

Père                  Mère                  Tuteur

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe ou professionnel : \_\_\_\_\_

Téléphone mobile : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARENT- RESPONSABLE LEGAL 2**

Père                  Mère                  Tuteur

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe ou professionnel : \_\_\_\_\_

Téléphone mobile : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**I                  VACCINATIONS**

a) Si l'enfant est né **avant le 1<sup>er</sup> Janvier 2018** : Joindre les photocopies des Vaccinations

**VACCINS OBLIGATOIRES**

**Date de rappel**

• Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP)    Oui    Non                  \_\_\_\_\_

b) Si l'enfant est né **après le 1<sup>er</sup> Janvier 2018** : Joindre les photocopies des Vaccinations

**VACCINS OBLIGATOIRES**

**Date de rappel**

• Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP)	Oui	Non	_____
• Coqueluche	Oui	Non	_____
• Hépatite B	Oui	Non	_____
• Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b	Oui	Non	_____
• Infections invasives à pneumocoque	Oui	Non	_____
• Méningocoque de séro groupe C	Oui	Non	_____
• Rougeole, Oreillons, Rubéole	Oui	Non	_____

*En cas de contre-indication du vaccin, merci de joindre le certificat médical du médecin*

**II                  MEDECIN TRAITANT**

**Nom du Médecin Traitant :** \_\_\_\_\_

**Commune :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone :** \_\_\_\_\_

**III                  RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

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

*Si oui, joindre une ordonnance récente ou justificatif du médecin. Si besoin d'administrer des médicaments, merci de notifier le nom de l'enfant sur les boîtes, fournir une autorisation parentale.*

*Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance*

**L'enfant a-t-il des allergies telles que :**

- |          |     |     |                           |     |     |
|----------|-----|-----|---------------------------|-----|-----|
| • Asthme | Oui | Non | Allergies Alimentaires    | Oui | Non |
| • Autres | Oui | Non | Allergies Médicamenteuses | Oui | Non |

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir**

---

---

---

---

**L'enfant bénéficie-t-il d'un repas spécifique (sans porc, sans viande) ?** Oui Non  
Précisez \_\_\_\_\_

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet Accueil Individualisé) ? Oui Non  
*Si oui, merci de fournir le protocole en cours*

**L'enfant présente-t-il un problème de santé :** Oui Non

Si oui, indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation...) en précisant les précautions à prendre et notez le motif PAI le cas échéant.

---

---

---

---

**Recommandations utiles**

*Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...*

---

---

---

---

**IV PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE** *(si impossibilité de joindre les parents)*

1. Nom et Prénom personne autorisée : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_
2. Nom et Prénom personne autorisée : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_
3. Nom et Prénom personne autorisée : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Pôle Education/Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

**Date :**

**Signature Responsable 1**

**Signature Responsable 2**