



FICHE SANITAIRE DE LIAISON- ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

(Valable du 1 Septembre 2026 au 31 Aout 2027)

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^{er} 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^{er} Janvier 2018** : Joindre les photocopies des Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES

Date de rappel

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

Oui Non
Oui Non
Oui Non
Oui Non
Oui Non
Oui Non
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