

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE 2025 – 2026

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de votre enfant sur les heures de classe et périscolaires. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue en fin d'année scolaire.

1. L'ENFANT

Nom de
l'enfant :

Prénom :

Date de
naissance :

Sexe :

☐ fille

☐ garçon

2. VACCINATIONS

→ Merci de joindre une **copie des pages vaccination** du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical au long cours ? ☐ oui* ☐ non

Asthme*

☐ oui ☐ non

ALLERGIES*

médicamenteuses

☐ oui ☐ non

alimentaires

☐ oui ☐ non

autres

☐ oui ☐ non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (non médicale – si automédication à domicile le préciser.
NB : aucun médicament ne sera délivré sans ordonnance ou PAI*) :

* Si oui, un PAI (Plan d'Accompagnement Individualisé) est nécessaire. En dehors de PAI, aucun médicament ne sera administré sur les heures d'accueil (école et périscolaire).

PAI joint : ☐ oui ☐ non

AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (maladie héréditaire ou congénitale, antécédents transfusionnels, crises convulsives, hospitalisation, intervention chirurgicale, accident, rééducation...) en précisant les dates et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** :

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc. ? Précisez :

5. RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

	PÈRE ou MÈRE	MÈRE ou PÈRE
Nom et Prénom		
Adresse		
N° portable		
N° domicile		
N° bureau		
N° de sécurité sociale		

Nom et téléphone du médecin traitant : _____.

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et signalerai en cours d'année scolaire tout événement susceptible de modifier ce dossier. J'autorise le responsable de l'école ou de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le _____ / _____ / 20_____

Signature