

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

1- ENFANT
NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARCON ☐ FILLE ☐

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice**)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE	
OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐		OUI ☐	NON ☐
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS		
OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
 ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :
LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

5- RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT :

NOM ET PRENOM

ADRESSE

.....

.....

TÉL. FIXE

PORTABLE

BUREAU

N° SÉCURITE SOCIALE

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : ☐ DE LA CMU
 ☐ D'UNE PRISE EN CHARGE S.S A 100 %
Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS)

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant, déclarons
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le(s) responsable(s) des activités
périscolaires à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations,
interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

A le

Signature :

Cette fiche a été réalisée à partir du modèle officiel du MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale des Familles - CERFA n°1008*02 et adaptée pour les activités périscolaires.
Ce document doit être **OBLIGATOIREMENT** rempli et signé, si vous souhaitez inscrire votre enfant
aux activités périscolaires.