

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                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                           | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> 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<br>ARTICULAIRE AIGU | SCARLATINE                   |                              |
| 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"/> |
| COQUELUCHE                   |                              | OTITE                        |                              | ROUGEOLE                     |                              | OREILLONS                      |                              |                              |
| 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"/> |                              |

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.