



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

Page 1 / 2

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles durant cette année. Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

L'enfant

Prénom : Nom :

Né.e le : / /

POUR LES ENFANTS NÉS AVANT 2018 :

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

POUR LES ENFANTS NÉS DEPUIS 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS		
Diphtérie / Tétanos / Polio					
Coqueluche					
Hépatite B					
ROR Rougeole / oreillons / rubéole					
Pneumocoque					
Méningocoque C					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cochez la case qui convient) :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		OREILLONS		SCARLATINE	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :

Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales, rééducation, comportement particulier etc.	Dates
 / /
 / /
 / /

Allergies

ASTHME : Oui ☐ Non ☐ ALIMENTAIRES : Oui ☐ Non ☐

MEDICAMENTEUSES : Oui ☐ Non ☐ AUTRES (précisez les effets de l'allergie et la conduite à tenir) :

.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

Page 2 / 2

L'enfant a-t-il un P.A.I. (Projet d'Accueil Personnalisé)

Oui ☐

Non ☐

Si oui, il devra être fourni au moment de l'inscription signé par un médecin

En cas de régime alimentaire, précisez :

Sans viande ☐

Sans porc ☐

Autres (précisez) :

Recommandations utiles des parents

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

.....

Responsable 1 de l'enfant (à contacter en cas d'urgence)

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

Numéros de téléphone :

Responsable 2 de l'enfant

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

Numéros de téléphone :

Numéro de sécurité sociale de la personne qui assure la couverture sociale de l'enfant :

Indiquez ici votre numéro :

Nom du médecin traitant :

Commune :

Téléphone :

Je/nous soussigné-e / soussignons, responsable-s de l'enfant nommé-e sur cette fiche, déclare/déclarons exacts les renseignements inscrits et autorise/autorisons les responsable du service périscolaire et extrascolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signatures des représentants légaux :

« Les informations recueillies par ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la ville de Cercoux pour « inscription Accueil périscolaire et Accueil de loisirs ». Les données à caractère personnel ne sont conservées que le temps strictement nécessaire à l'accomplissement de la demande. Conformément à la loi « Informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la mairie par courriel mairie@cercoux.fr ou par courrier postal ».