



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

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.

Fournir une photocopie des pages des vaccins du carnet de santé

L'ENFANT

Prénom : Nom :
Né.e le : / /

VACCINATIONS

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 les cases qui conviennent) :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

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

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

.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

Page 2 / 2

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant :

Commune : Téléphone :

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 LEGAL 1 DE L'ENFANT (à contacter en cas d'urgence)

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Numéros de téléphone :

RESPONSABLE LEGAL 2 DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Numéros de téléphone :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE DE LA PERSONNE QUI ASSURE LA COUVERTURE SOCIALE DE L'ENFANT

Indiquez ici le numéro de Sécurité Social auquel est associé l'enfant :

.....

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 responsables 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 ».