



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026-2027

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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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		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

**Médicamenteuses :** Oui  Non

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

.....



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026-2027

## 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) : .....

L'enfant a-t-il une reconnaissance MDPH Oui  Non

L'enfant est-il bénéficiaire de l'AAEH Oui  Non

### 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 :