



Fiche sanitaire de liaison



1. Renseignement de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Garçon Fille
Numéro de sécurité sociale de l'enfant : _____
Médecin Traitant : _____ Numéro de téléphone médecin traitant : _____

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.**

2. Vaccinations : (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole (ROR)	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (Préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3. Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? oui non
Si oui, préciser le traitement :

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation parentale.

Allergies :

Asthme	Alimentaires	Médicamenteuses	Autres (Précisez) :
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) et si un PAI a été mis en place :

Autres informations :

4. Renseignements responsable de l'enfant				
Nom et prénom (Responsable 1) :	Adresse postale	Tél Portable	Tél Domicile	Tél Travail
Nom et prénom (Responsable 2) :	Adresse postale	Tél Portable	Tél Domicile	Tél Travail

Je soussigné(e), Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les agents du service périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :