



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL



Enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Numéros de sécurité sociale : _____

Représentants légaux

1. Nom Prénom Domicile

Lien de parenté Numéro de téléphone

2. Nom Prénom Domicile

Lien de parenté Numéro de téléphone

Personne à contacter en priorité en cas d'urgence (si différent des représentants légaux):

➤ Nom Prénom Domicile.....

Lien de parenté Numéro de téléphone

➤ Nom Prénom Domicile.....

Lien de parenté Numéro de téléphone

Médecin traitant :

NOM Prénom _____

Cabinet / Numéro de téléphone : _____

VACCINATIONS :

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Pour rappel :

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDES ou OBLIGATOIRES (Enfants nés après le 01/01/2018)
Diphtérie	Hépatite B Pneumocoque
Tétanos	Rubéole Oreillons Rougeole Méningite C
Poliomyélite	Coqueluche Méningite Hib

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant

_____, atteste que les vaccins de mon enfant sont à jour.

REGIME ALIMENTAIRE / ALLERGIE(S)

ET AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES (lunettes, appareil dentaire, prothèse, ...) :

Est-ce que l'enfant suit un traitement médical ?

☐ OUI (fournir une ordonnance et les médicaments correspondants (boîte dans l'emballage d'origine avec le nom de l'enfant). ☐ NON

Est-ce que l'enfant possède un P.A.I. (projet d'accueil individualisé) ?

☐ OUI (Joindre à la fiche sanitaire le protocole et toutes les informations utiles) ☐ NON

Est-ce que l'enfant a une notification MDPH (maison départementale des personnes handicapées)

☐ Oui ET est accompagné par une AESH à l'école ☐ Oui SANS présence d'une AESH à l'école ☐ NON

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.



Fait à : _____ le ____ / ____ / ____

Signature :