



Fiche sanitaire de liaison 2024/2025

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé

Enfant : fille garçon

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Pour le centre petite enfance : votre enfant fait-il la sieste ? Oui Non
 Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

Remarques éventuelles : _____

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Non	Oui	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Non	Oui	Date
Diphthérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? Oui Non

L'enfant a-t-il un PAI ?

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : Médicamenteuses oui non Asthme oui non
Alimentaires oui non Régime sans porc oui non
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte oui non,
Des lunettes oui non,
Des prothèses auditives oui non,
Des prothèses dentaires oui non,

4 - RESPONSABLE DU MINEUR

Nom.....
Prénom.....
Adresse..... Code postal.....
Ville.....

portable..... travail.....
N° sécurité sociale (dont dépend l'enfant).....
Nom du médecin traitant.....
Je soussigné(e)....., responsable
légal de l'enfant :

certifie l'exactitude des renseignements donnés
 certifie que mon enfant est inscrit dans une école.
 certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indications aux activités, et l'autorise à y participer.
 autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules ou les différents moyens de transports utilisés.

autorise l'utilisation des photos de mon enfant suivant le document joint
 autorise la personne responsable à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésies et intervention chirurgicale) nécessaire par son état de santé et selon les prescriptions du corps médical consulté. *Dans le cas contraire nous le préciser sur papier libre.

L'enfant inscrit n'est pas autorisé à quitter seul l'accueil de loisirs, j'autorise mon enfant à rentrer avec les personnes majeures suivantes :
M. ou Mme Num de tél.....
M. ou Mme Num de tél.....

A remplir par responsable de la famille

Nom-Prénom
Mention « Lu et approuvé »
Signature :