



Fiche sanitaire de liaison
Année 2023/2024

Enfant : _____
Classe : _____
Date de naissance : _____
Garçon ☐ Fille ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les différents services fréquentés par votre enfant.

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

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

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES :

- Alimentaires : OUI ☐ NON ☐
- Médicamenteuses : OUI ☐ NON ☐
- Autres : _____
- Asthme : OUI ☐ NON ☐

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il :

- des lunettes OUI ☐ NON ☐
- des lentilles OUI ☐ NON ☐
- des prothèses auditives OUI ☐ NON ☐
- des prothèses dentaires OUI ☐ NON ☐
- Autre (merci de préciser) _____

Si votre enfant est une fille, est-elle réglée ? OUI ☐ NON ☐

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable 1 :

Monsieur ☐ Madame ☐

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Tél travail : _____

Responsable 2 :

Monsieur ☐ Madame ☐

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Tél travail : _____

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

Date

Signature :