

## Fiche sanitaire de liaison 2025/2026

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 Date naissance : .....

Age : ..... Poids : ..... Taille : .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

.....

.....

### Accueil :

- APS (garderie)  
 ALHS (mercredis + vacances scolaires)

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

Vaccins	oui non		Date ou dernier rappel	Vaccins	oui non		Date ou dernier rappel
Diphtérie*				R.O.R*			
Tétanos*				Pneumocoque*			
Polyomyélite*							
Coqueluche*							
Hépatite B*				B.C.G			
HIB*							
Méningocoque C*							

\* Obligatoire enfants nés après le 01/01/2018

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

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  
Allergies alimentaires  oui  non PAI (protocole)  oui  non  
Végétarien  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 des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, a des difficultés de sommeil, énurésies nocturnes, etc... ?

Baignade : sait nager  oui  non

Sieste :  oui  non selon ses besoins/envies

### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. travail : ..... portable : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. travail : ..... portable : .....

Nom et tél. du médecin traitant : .....

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature(s) (*précédée(s) de la mention lu et approuvé*) :

Date :