

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				
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 :