

Fiche sanitaire de liaison

2026/2027

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 (Accueil Périodique) en périodes scolaires
 ALHS (Accueil de loisirs)

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

Vaccins	Date ou dernier rappel	Vaccins	Date ou dernier rappel
Diphtérie		R.O.R	
Tétanos		Pneumocoque	
Polyomyélite		Méningocoque B	
Coqueluche		Méningocoques ACWY	
Hépatite B			
H1B			
Méningocoque C		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

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, Prénom et téléphone 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 :