



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

Document confidentiel

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM de l'enfant : Prénom :

Né(e) le : / / M F

Nom et adresse du médecin traitant :

N° téléphone du médecin traitant : / / / /

❖ RESPONSABLE N°1 DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° fixe (domicile) : / / / /

N° portable : / / / /

N° travail : / / / /

N° de sécurité sociale : .

❖ RESPONSABLE N°2 DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° fixe (domicile) : / / / /

N° portable : / / / /

N° travail : / / / /

N° de sécurité sociale : .

❖ VACCINATION

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Coqueluche*	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Tétanos			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Haemophilus influenzae B*	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Poliomyélite			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Hépatite B*	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ou DT polio			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Méningocoque C*	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ou Tétracoq			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	R.O.R*	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
				BCG*	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

* Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de janvier 2018

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? (Joindre un certificat médical de contre-indication)

❖ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Groupe sanguin de l'enfant (si connu) :

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

Si oui, informez votre médecin que les agents ne sont pas habilités pour administrer des médicaments aux enfants pendant les temps périscolaires.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Rubéole
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Varicelle
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Angine
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Rhumatisme
articulaire aigu
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Scarlatine
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Coqueluche
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Otite
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Rougeole
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Oreillons
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Autres : |

Votre enfant est-il victime d'allergies :

- Asthme : Oui Non

- Médicamenteuse : Oui Non

si oui, laquelle :

- Alimentaire : Oui Non

si oui, laquelle :

- Autre (animaux, pollen...) : Oui Non

si oui, laquelle :

Précisez la conduite à tenir :

Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé (maladie grave, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...). Précisez à quelles dates et les précautions à prendre.

Votre enfant est-il appareillé :

- | | | | | |
|---|--|---|---|----------------|
| Lentilles
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Lunettes
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Prothèses
auditives
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Appareil
dentaire
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Autre : |
|---|--|---|---|----------------|

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la mairie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

A, Le, []/[]/[]

Signatures des responsables légaux :

--	--