

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026-2027

### Document confidentiel

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Nom de l'enfant :
Prénom :

- M  
 F

Né(e) le :
Nom et adresse du médecin traitant :
N° de téléphone médecin traitant :

➤ **Responsable N°1 de l'enfant**

Nom	
Prénom	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Téléphone fixe	

Téléphone Portable	
Téléphone travail	
N° de sécurité social	

➤ **Responsable N°2 de l'enfant**

Nom	
Prénom	

Adresse	
Code postal	
Ville	
Téléphone fixe	

Téléphone Portable	
Téléphone travail	
N° de sécurité social	

➤ **Vaccination**

<u>Vaccins obligatoires</u>	Oui	Non	<u>Date du dernier rappel</u>
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche(pertussis), l'Haemophilus influenzae b et l'Hépatite B			
Pneumocoque			
Infections invasives à méningocoque de sérogroupe C			
Rougeole, Oreillons et Rubéole (ROR)			
Autres			

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 :

MALADIES	OUI	NON
Angine		
Coqueluche		
Oreillons		
Otite		
Rhumatisme articulaire aigu		
Rougeole		

Rubéole		
Scarlatine		
Varicelle		
Autres		

- Votre enfant est-il victime d'allergies :

ALLERGIES	OUI	NON	Si oui, laquelle
Alimentaire			
Asthme			
Médicamenteuse			
Autres (animaux, pollen, ...)			

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.

Problèmes de santé	Dates	Précaution à prendre

- Votre enfant est-il appareillé :

	OUI	NON
Appareil dentaire		
Lentilles		
Lunettes		
Prothèses auditives		
Autres		

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ responsable 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 :

--	--