



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du mineur :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

VACCINATIONS (Fournir la copie du carnet de vaccination ou attestation médical)

DIPHTERIE- TETANOS- POLIOMYELITIS (vaccinations obligatoires)

Date du dernier rappel :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

✚ L'enfant suit-il un traitement médical durant la période d'accueil ? Oui ☐ Non ☐

(Si oui, joindre impérativement une ordonnance et les médicaments dans leur boîte d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant)

✚ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE Oui ☐ Non ☐	VARICELLE Oui ☐ Non ☐	ANGINE Oui ☐ Non ☐
RHUMATISME ARTICULAIRE Oui ☐ Non ☐	OREILLONS Oui ☐ Non ☐	ROUGEOLE Oui ☐ Non ☐
SCARLATINE Oui ☐ Non ☐	OTITE Oui ☐ Non ☐	COQUELUCHE Oui ☐ Non ☐

✚ L'enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME Oui ☐ Non ☐ MEDICAMENTEUSE Oui ☐ Non ☐

ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....
.....

Indiquez les antécédents médicaux ou chirurgicaux ou tout autre élément d'ordre médical considérés comme susceptibles d'avoir des répercussions lors des accueils, en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....
.....

Votre enfant port-t-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...
Précisez.

.....
.....
.....
.....

INFORMATION COMPLEMENTAIRES



L'enfant a-t-il un régime alimentaire sans porc ?

OUI

☐

NON

☐

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE.....

.....
.....



Numéros de téléphone :

Mère : Domicile : Portable : Travail.....

Père : Domicile : Portable : Travail.....

Autre personne à contacter en cas d'urgence

NOM : PRENOM :

DOMICILE : PORTABLE : TRAVAIL :



Médecin traitant :

NOM : NUMERO DE TELEPHONE :

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

DATE :

SIGNATURE :