



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNEE SCOLAIRE : 2023/2024

1. ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

Né(e) le : .....

Fille  Garçon

2. VACCINATIONS (joindre une copie des vaccins)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

INFORMATIONS SPECIFIQUES :

Avez-vous mis en place un Protocole d'Accueil Individualisé :  oui  non

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique  oui  non

(si oui précisez dans le cadre 4 : Recommandations utiles des parents)

L'enfant est-il en situation de handicap  oui  non

(Si oui, et si elle est reconnue merci de joindre la notification MDPH et l'attestation de la CAF si bénéficiaire de l'AAEH)

L'enfant suit-il un traitement médical  oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament (même homéopathique) ne pourra être administré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Si oui cochez la case correspondante)

RUBEOLE  VARICELLE  ANGINE  RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU   
SCARLATINE  COQUELUCHE  OTITE  ROUGEOLE  OREILLONS

ALLERGIES : asthme  alimentaires  médicamenteuses

Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....  
.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il : des lentilles  des lunettes  des prothèses auditives

Des prothèses ou appareils dentaires  autres ? Précisez

Autres recommandations : .....

.....

5. AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives .....

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées

6. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone :

Nom et tél du médecin traitant (facultatif)

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

Fait à .....Le