



## Fiche sanitaire de liaison 2021-2022

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

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Pour le centre petite enfance : votre enfant fait-il la sieste ?  Oui  Non  
Votre enfant sait-il nager ?  Oui  Non

Remarques éventuelles : \_\_\_\_\_

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

Vaccins obligatoires	oui		non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui		non		Date
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						Autres (préciser)					
ou Tétracoq											
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

L'enfant a-t-il un PAI ?  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  
Alimentaires  oui  non Régime sans porc  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  oui  non,  
Des prothèses auditives  oui  non,  
Des prothèses dentaires  oui  non,

**4 – RESPONSABLE DU MINEUR**

Nom.....  
Prénom.....  
Adresse..... Code postal.....

Ville.....  
 portable..... travail.....

N° sécurité sociale (dont dépend l'enfant).....  
Nom du médecin traitant.....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant :

certifie l'exactitude des renseignements donnés  
 certifie que mon enfant est inscrit dans une école.  
 certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indications aux activités, et l'autorise à y participer.

autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules ou les différents moyens de transports utilisés.

autorise l'utilisation des photos de mon enfant suivant le document joint  
 autorise la personne responsable à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésies et intervention chirurgicale) nécessitée par son état de santé et selon les prescriptions du corps médical consulté. \*Dans le cas contraire nous le préciser sur papier libre.

L'enfant inscrit n'est pas autorisé à quitter seul l'accueil de loisirs, j'autorise mon enfant à rentrer avec les personnes majeures suivantes :

M. ou Mme ..... Num de tél.....  
M. ou Mme..... Num de tél.....

A remplir par responsable de la famille

Nom-Prénom  
Mention « Lu et approuvé »  
Signature :