Code de l'action sociale et des familles

Fiche sanitaire de liaison

A REMPLIR ENTIEREMENT ET CORRECTEMENT

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

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 Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Accueil périscolaire et centre de loisirs 2025-2026

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

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés (obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018)	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				B.C.G			
ou Tétracoque				Haemophilus			
Autres (préciser)				Pneumocoque			

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** pendant le séjour ? ☐ 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**.

Poids :……....Taille :……..……(infos nécessaires en cas d'urgence)

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non

alimentaires ☐ oui ☐ non autres ☐ 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, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, difficulté de sommeil, énurésie nocturne, etc... ?

Préciser également si l'enfant ne mange pas de porc ou suit un régime alimentaire particulier :

.....

.....

.....

.....

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : Travail :

Portable :

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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :