



Fiche Sanitaire de Liaison année scolaire 2026/2027

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant les temps d'accueil de l'enfant.

Cette dernière est à renouveler chaque année scolaire.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT A CETTE FICHE LES COPIES DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTÉ.

• Enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance : garçon fille

• Vaccinations :

Se référer au carnet de santé. Possibilité de ne pas remplir ce tableau mais de photocopier les pages concernées :

Vaccins obligatoires	Date de début	Date des derniers rappels	Vaccins obligatoires ou recommandés*	Date de début	Date des derniers rappels
Diptérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole, Oreillons, Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT Polio			BCG		
ou Tétracoq					

* : ces vaccins sont obligatoires pour les mineurs nés à partir de janvier 2018.

• Renseignements médicaux :

Renseignez les maladies déjà contractées et les allergies connues : **cochez « oui » ou « non »**

maladies	oui	non	allergies	oui	non
Rubéole			Asthme		
Varicelle			Alimentaires		
Angine			Médicamenteuses		
Rhumatisme articulaire aigu			Autres, précisez :		
Scarlatine					
Coqueluche					
Otite					
Rougeole					
Oreillons					

- **précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.** Contacter le Centre Saint Michel en vue de rédiger un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.), si auto-médication merci de le signaler :

.....
.....

- **indiquez ci-après les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre** :

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

• **Recommandations utiles des parents** :

- Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, merci de le préciser :

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

• **Responsable de l'enfant** :

Nom : Prénom :

Adresse :

numéro de téléphone d'urgence (à joindre en priorité) : ; autre :

n° de sécurité sociale :

Nom du médecin traitant : tél. :

Nom du médecin allergologue : tél. :

• **Observations** (IMPORTANT : **précisez ici si régime alimentaire spécial**) :

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

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

Fait à, le

signature :