*Code de l’action sociale et des familles Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)*

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026 Aucun médicament ne pourra être pris sans P.A.I. (Projets d’accueils individualisés)**

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l’accueil de l’enfant. ……………………………………………………………………………………………………………………...*

*. ……………………………………………………………………………………………………………………...*

Enfant : ۝ fille ۝ garçon Date de naissance : ………………………………

NOM : …………………………….PRÉNOM :………………………………………...

ADRESSE : ……………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………….

N° CAF ou MSA : ……………………………………………………………………….

Aide aux temps libres CAF ۝ oui ۝ non

ALSH Maternel ALSH Primaire

*……………………………………………………………………………………………………………………...*

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, etc…

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

I – **VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | Oui | Non | Dernier  rappel | **VACCINS OBLIGATOIRES** | Oui | Non | Date |
| Diphtérie |  |  |  | \*Hépatites B |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  | \*Rubéole |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  | \*Coqueluche |  |  |  |
| Ou DT Polio |  |  |  | \*Méningocoque C |  |  |  |
| Ou Tétracoq |  |  |  | \*Rougeole |  |  |  |
| \*Haemophilius influenzae B  (Pneumopathies et méningites |  |  |  | \*Oreillons |  |  |  |
| \*Pneumocoque |  |  |  |

IV – **RESPONSABLES LEGAUX DE L’ENFANT :**

Responsable 1 : Nom :……………………………….………………………………..………………….….

Prénom :………………………………………….……………………………………..……………...

Adresse : ……………………………………………………………………………………….……....

………………………………………………………………………………………………….…...….

Téléphone : …………………………………………………………………………………………….

Responsable 2 : Nom : ………………………………………………….………………………………..….

Prénom :………………………………………………….……………………………..………..….…

Adresse :…………………………………………………………………………………………..…....

……………………………………………………………………………………………………..…...

Téléphone :………………………………………………………………………………………..……

V – **PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L’ENFANT EN L’ABSCENCE DES PARENTS**

NOM, PRENOM …………………………………………………TEL……………………………………………

NOM, PRENOM …………………………………………………TEL……………………………………………

\*Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018 NOM, PRENOM ……………………………………………… . TEL……………………………………………

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 antitétanique ne présente aucune contre – indication.

II – **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :** VI **– AUTORISATION PARENTALE**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole** | **Varicelle** | **Angine** | **Scarlatine** | **Coqueluche** |
| ۝ oui ۝ non | ۝ oui ۝ non | ۝ oui ۝ non | ۝ oui ۝ non | ۝ oui ۝ non |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** | |
| ۝ oui ۝ non | ۝ oui ۝ non | ۝ oui ۝ non | ۝ oui ۝ non | |

toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

۝ J’autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées.

۝ J’autorise mon enfant à être photographié et la diffusion éventuelle des photos sur le site de la

Ville, au centre ou dans le journal local.

۝ J’autorise mon enfant à prendre le transport mis en place par la ville

۝ Je certifie que mon enfant est assuré en responsabilité civile pour l’année en cours

Allergies : Médicamenteuses ۝ oui ۝ non Asthme ۝ oui ۝ non

Alimentaires ۝ oui ۝ non Autres ۝ oui ۝ non…………………………. Beaucaire le ………………………………………….. Signature(s)

Nom et tél. du médecin traitant :……………………………………………………………………..