

FICHE SANITAIRE

DE LIAISON

Ecole / Service Enfance Jeunesse

Document confidentiel

remis aux services d'urgence en cas d'accident

Année scolaire : 2026/2027

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon ☐ Fille ☐

N° Sécu. S :

Nom /Adresse / N° Tel du médecin traitant :

.....

1/ **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES
Diphtérie				Rougeole			
Tétanos				Oreillons			
Poliomyélite				Rubéole			
Haemophilus influenzae B				Méningocoque C			
Coqueluche				Pneumocoque			
Hépatite B							

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, PRÉSENTER UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

2/ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, il sera peut-être nécessaire d'établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) pour autoriser la prise du traitement (voir avec les directeurs écoles et ALSH).

A titre indicatif : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES :

Alimentaires : Oui ☐ Non ☐ Médicamenteuses : Oui ☐ Non ☐

ASTHME : Oui ☐ Non ☐ AUTRES : Oui ☐ Non ☐

Précisez la cause de l'allergie :

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : Oui ☐ Non ☐

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)
.....
.....
.....

Votre enfant est-il reconnu en situation de handicap par la MDPH : Oui ☐ Non ☐

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre** :
.....
.....

3/ **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à remplir obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui ☐ Non ☐

DES LUNETTES : Oui ☐ Non ☐

DES PROTHESES AUDITIVES : Oui ☐ Non ☐

DES PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE : Oui ☐ Non ☐

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE : Oui ☐ Non ☐

Précisez :

AUTRES RECOMMANDATIONS (Précisez) / Si votre enfant bénéficie d'un suivi régulier (orthophonique, psychologique...), il est utile de le porter à la connaissance de l'école et d'indiquer le nom de la personne qui assure le suivi :

4 / **RESPONSABLES DE L'ENFANT**

Père

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel perso :

Tel pro :

Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel perso :

Tel pro :

Autre (Tuteur légal)

Nom :

Prénom :

Tel perso :

Tel pro :

Je soussigné(e) ,....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à.....

Le...../...../20.....

Signature :