

GARDERIE / CANTINE / ACCUEIL DE LOISIRS
RENTREE SCOLAIRE 2026 - 2027

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES ACTIVITES DE L'ENFANT :
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES		DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	☐ oui ☐ non			Hépatite B	
Tétanos	☐ oui ☐ non			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	☐ oui ☐ non			Coqueluche	
Ou DT polio	☐ oui ☐ non			Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	☐ oui ☐ non				
BCG	☐ oui ☐ non				

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE	
OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐	OUI ☐	NON ☐		

ALLERGIES : ASTHME ☐ oui ☐ non ☐ ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non ☐ AUTRES

SI OUI PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES EVOCATEURS ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

VOTRE ENFANT PRÉSENTE T-IL UNE SITUATION DE HANDICAP ?

SI OUI PRÉCISEZ :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT ?

oui ☐ non ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?

oui ☐ non ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. DOMICILE :

TÉL. BUREAU :

TÉL. PORTABLE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

N°DE SECURITE SOCIALE :

MUTUELLE :

Je soussigné,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.

Date :

Signature :