



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ANNEE 2024-2025

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

<b>ENFANT :</b>	<input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon
Nom : _____	Prénom : _____	
Date de naissance : ____ / ____ / 20__	Classe : _____	
<input type="checkbox"/> Les Muguérou	<input type="checkbox"/> Ange Gardien	<input type="checkbox"/> Autres

Restaurant scolaire  Garderie  Accueil Loisirs  Ecole Municipale des Sports (GS-CP)

<b>RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :</b>	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
☎ 1: _____	☎ 2: _____
📧 : _____	@ _____

<b>AUTORISATIONS :</b>	
• Autorise l'organisateur à transporter mon enfant par les moyens jugés utiles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Autorise la prise de photos et de vidéos par la mairie lors des activités organisées par elle à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Autorise mon enfant à quitter seul la structure après les activités :	
○ - Accueil Loisirs	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
○ - Garderie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
○ - Ecole Municipale des Sports	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Autorise les enseignants à récupérer mon enfant à l'accueil périscolaire ou à la cantine lors d'évènements exceptionnels en accord avec le personnel encadrant de la commune	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :	

Nom, prénom	Numéro de téléphone	Lien de parenté

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)  
.../...

VACCINATIONS :							
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS DES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON	DATE
DIPHTERIE				COQUELUCHE			
TETANOS				HAEMOPHILUS			
POLIOMYELITE				RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE			
				HEPATITE B			
				PNEUMOCOQUE			
				AUTRES (PRECISER)			

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.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES :** ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES \_\_\_\_\_  
 (SI OUI JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL)

REGIME ALIMENTAIRE : OUI  NON

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :**

---



---

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

---



---

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

---

Signature :