

**Fiche sanitaire de liaison 2024/2025**

**1- Identité de l'enfant:**

Nom:.....  
 Prénom :..... Sexe: M/\_/ F/\_/  
 Date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ à:.....  
 Etablissement scolaire: ..... Classe: .....

**2- Renseignements concernant le responsable légal de l'enfant:**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques du père

Domicile: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_\_

Mobile: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_\_

Travail: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques de la mère

Domicile: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_\_

Mobile: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_\_

Travail: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_\_

Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence( préciser le nom des personnes)

_____	__/__/__/__/_/____
_____	__/__/__/__/_/____
_____	__/__/__/__/_/____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom Prénom: \_\_\_\_\_ lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Nom Prénom: \_\_\_\_\_ lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Nom Prénom: \_\_\_\_\_ lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Nom Prénom: \_\_\_\_\_ lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

**3-Renseignements médicaux concernant l'enfant:**

Nom et adresse du médecin traitant: \_\_\_\_\_

N° de téléphone du médecin traitant: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_\_

Poids: \_\_\_\_\_(nécessaire en cas d'urgence) Taille: \_\_\_\_\_

\* L'enfant suit-il un traitement médical?                      oui                      non

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.(Boîtes de médicaments dans leur emballage d' origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

**Nous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.**

\* L'enfant a-t-il des allergies ?

Alimentaires	oui	non	si oui, lesquelles: _____
Médicamenteuses	oui	non	si oui, lesquelles: _____
Autres :	oui	non	si oui, lesquelles: _____

\* L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	oui	non	Scarlatine	oui	non
Varicelle	oui	non	Coqueluche	oui	non
Angine	oui	non	Oreillons	oui	non
Rougeole	oui	non	Rhumatisme	oui	non

#### 4-Vaccinations (A remplir obligatoirement et joindre les photocopies)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Coqueluche	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
ou DT polio				Pneumocoque	
ou Tétracoq				Autres(préciser)	

#### 5- Informations et recommandations importantes

a)Merci d'indiquer les éventuels **problèmes** ou **difficultés de santé** qui nécessitent la transmission d'informations médicales( informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels **soins à apporter?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b)Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires? Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier(allergies, autres)

\_\_\_\_\_

c) Autorise le maquillage dans le cadre des activités      oui /\_/      non /\_/

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal du mineur \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise les responsables de l'accueil de loisirs le cas échéant à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

J'autorise la structure à saisir mes informations médicales.

Date:

Signature: