



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

1 - ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

2 - VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				BGC	
				Autres (préciser)	

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

3 - MEDECIN TAITANT

NOM :

N° DE TELEPHONE :

4 - ALLERGIES

ASTHME : OUI NON MEDICAMENTS : OUI NON
ALIMENTAIRE : OUI NON AUTRES : OUI NON

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ

6 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable 1 : NOM :PRENOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

Responsable 2 : NOM :PRENOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

7 - AUTORISATION TIERS PERSONNES (autorisées à récupérer l'enfant)

(Une pièce d'identité pourra être demandée à la personne)

NOM..... PRENOM..... TEL.....

NOM..... PRENOM..... TEL.....

NOM..... PRENOM..... TEL.....

NOM..... PRENOM..... TEL.....

NOM..... PRENOM..... TEL.....

NOM..... PRENOM..... TEL.....

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

Date :

Signature :