



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

Niveau scolaire/classe :

NOM :

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARÇON

FILLE

ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

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

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

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? OUI NON

Si OUI, quel en est l'objet :

Pour rappel, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une ordonnance récente et des 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, ni sans P.A.I.**

Le PAI devra être donné en début d'année à la directrice de l'école ET au périscolaire, soit 2 trousse de médicaments à prévoir.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU DES ANTECEDENTS MEDICAUX QUI PEUVENT ETRE SUCCEPTIBLES D'AVOIR DES REPERCUSSIONS SUR LE DEROULEMENT DE L'ACCUEIL ? SI OUI, VEUILLEZ PRECISER LESQUELLES ET A QUELLES DATES ?

.....

.....

.....

.....

L'ENFANT A-T-IL UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE OU AIGUE EN COURS ? L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ?

.....

.....

.....

ALLERGIES: ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

TOUTES LES INFORMATIONS MEDICALES QUE VOUS JUGEREZ UTILES AFIN D'OPTIMISER L'ACCUEIL ET LE BIEN-ETRE DE VOTRE ENFANT (troubles du comportement, hyperactivité, troubles DYS, accidents, handicap, port de prothèses...) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....

3 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE.....

Numéros de téléphone :

Mère ou responsable 1 - Fixe : Portable : Travail :

Père ou responsable 2 - Fixe : Portable : Travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts Les Renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe du Pôle Enfance de Couzon au Mont d'Or, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature du ou des responsables légaux: