

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS MEDICALES UTILES  
POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE.

### 1 – RENSEIGNEMENTS

NOM ET PRÉNOM DE l'enfant :   
ADRESSE POSTALE :   
DATE DE NAISSANCE :

#### Représentant(s) légal de l'enfant :

Nom et Prénom du responsable 1 :   
Adresse mail :  @

N° de téléphone :   
Adresse professionnelle :   
N° de téléphone professionnel :

Nom et Prénom du responsable 2 :   
Adresse mail :  @

N° de téléphone :   
Adresse professionnelle :   
N° de téléphone professionnel :

N° de sécurité sociale (auquel est rattaché l'enfant) :  -

#### Personne à contacter en cas d'urgence (si les parents ne sont pas joignables) :

M./ Mme :  N° de téléphone :   
Statut par rapport à l'enfant :

### 2 – MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin qui suit l'enfant :   
Adresse :   
N° de téléphone du cabinet :

### 3 – VACCINATIONS

Fournir **OBLIGATOIREMENT** une photocopie du carnet de vaccination de l'enfant.

### 4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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 déjà eu les maladies suivantes ?**

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	<b>Scarlatine</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oui Non
<b>Coquelucne</b>	<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Autres</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

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

<b>Médicamenteuses ?</b>	<b>Alimentaires ?</b>	<b>Asthme ?</b>	<b>Autres ?</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**


**Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :**


**5 – RECOMMANDATIONS UTILES**

**Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes ? ...ou a-t-il d'autres soucis de santé ?**


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

**En cas de changements au niveau de la santé de l'enfant, de nouvelles vaccinations, je m'engage à en informer la structure et à fournir les documents nécessaires.**

Date : <input type="text"/>	Signature : <input type="text"/>
-----------------------------	----------------------------------

**Renouvellement de la fiche sanitaire.**

« Je soussigné(e) .....atteste que les informations ci-dessus sont exactes et n'ont pas changés. »

Année 2025	Date :	Signature :
Année 2026	Date :	Signature :
Année 2027	Date :	Signature :
Année 2028	Date :	Signature :
Année 2029	Date :	Signature :