

<b>1 – ENFANT</b>	
NOM : _____	
PRÉNOM: _____	
DATE DE NAISSANCE: _____	
GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(Document confidentiel)

## SAISON 2025-2026

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

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Date de vaccinations et des rappels	VACCINS OBLIGATOIRES	oui	Non	Date de vaccinations et des rappels
<b>Pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2018</b>							
Diphtérie				Méningocoque C (ACWY)			
Tétanos				Pneumocoque			
Poliomyélite				Rougeole			
<b>Ou</b> DT polio				Oreillons			
<b>Coqueluche</b>				Rubéole			
<b>Haemophilus influenza B</b>							
Hépatite B							
<b>Pour les enfants nés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2025 :</b>							
Méningocoque B							

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

### 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si OUI, 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.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

**ALLERGIES:** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES.....

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

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

Taille de l'enfant : ..... Poids de l'enfant : .....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**Antécédents médicaux/chirurgicaux :**

.....

Traitements en cours (joindre les ordonnances) :.....

.....

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

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

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

ADRESSE MAIL : .....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE DU RESPONSABLE : .....

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE : .....

LISTE DES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (joindre la photocopie de la carte d'identité) :

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

**Date :**

**Signature:**



Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.  
Autorisation renouvelée par tacite reconduction d'une année sur l'autre.

**NOM DE L'ENFANT :** .....

**NOM DU RESPONSABLE LEGAL :** .....

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci dessous :

• **AUTORISATION DE SORTIE**

Mon enfant peut participer aux sorties éducatives organisées par l'accueil de loisirs ou la crèche.  
Je serai prévenu(e) au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

A....., le .....

Signature

• **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A....., le .....

Signature

• **AUTORISATION DE PRISE DE MEDICAMENTS**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, d'administrer à mon enfant un médicament sur présentation d'une ordonnance ou après prescription par un appel au 15.

A....., le .....

Signature

• **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le .....

Signature

• **AUTORISATION DE PUBLICATION**

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal local (la maurienne dauphiné), une brochure, une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

A....., le .....

Signature