

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025

Votre enfant va être accueilli par nos services, nous vous remercions de compléter le plus précisément cette fiche, sans oublier d'y joindre les pièces complémentaires lorsque cela sera nécessaire.

Votre
enfant



Nom :
Prénom :
Date de naissance : / /
Sexe : Fille Garçon

Les vaccins



En application du décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires :

Oui Non

Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé de votre enfant ou bien un certificat de votre médecin attestant que votre enfant est à jour.

INFORMATIONS DIVERSES



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 des allergies ? Oui Non

Si oui de quel ordre ?

Alimentaires Médicamenteuses

Autres (animaux, pollen, plantes, asthme...) : _____

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir :

Joindre le certificat médical ou le PAI ; le cas échéant, l'enfant ne pourra pas être accueilli.

RECOMMANDATI
ONS UTILES



Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, ...:

EN CAS D'URGENCE



RESPONSABLE DU MINEUR A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je, soussigné père / mère / tuteur *autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**Rayer la mention inutile*

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

A Le