



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025/2026

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LES ACTIVITÉS DE L'ENFANT.

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____ Sexe : Fille / Garçon
Personne à prévenir en cas d'urgence téléphone(s) : ____/____/____/____ ou ____/____/____/____ ou
____/____/____/____
N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

I) VACCINATIONS

(Joindre la photocopie du carnet de vaccination ou un certificat médical de vaccination)

Date de la dernière injection du Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (**obligatoire**) :

Mon enfant présente une /des contre-indication(s) médicale(s) à la vaccination contre la Diphtérie et/ou la Poliomyélite.
(Joindre le certificat de contre-indication ; la vaccination antitétanique ne présente aucune contre indication)

II) RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (rayer mention inutile)

Rubéole : oui / non Varicelle : oui / non Angine oui / non Rhumatisme articulaire aigu : oui / non
Scarlatine : oui / non Coqueluche : oui / non Otite : oui / non Rougeole : oui / non Oreillons oui / non

ALLERGIES

.....
.....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Précisez si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation...) en précisant les dates et les précautions à prendre) :

.....
.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (ports de lunettes, appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant...)

.....
.....

Avez-vous un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) au sein de l'école de votre enfant ?

Non / Oui, mis en place le ____/____/____

Nom du médecin traitant : _____ Tél : ____/____/____/____/____

Commune : _____

Médicaments : Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant, sauf sur présentation de l'ordonnance d'un médecin. Dans ce cas, les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin. Les nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage

En cas d'urgence : Votre enfant sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté. Une personne de l'équipe d'animation accompagnera votre enfant. Vous en serez prévenu dans les meilleurs délais. Le médecin décidera si nécessaire de pratiquer tous les soins indispensables.

FAIT LE : ____/____/____ A : _____

SIGNATURE des parents ou responsables légaux de l'enfant