

Fiche sanitaire de liaison 2026 - 2027

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueil de loisirs).

Enfant

NOM Prénom

Date de naissance : / /

Fille ☐

Garçon ☐

Renseignements médicaux

Poids (kg) :

Taille (cm) :

Votre enfant suit-il un traitement médical ?

oui ☐

non ☐

Si oui, joindre l'ordonnance la plus récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice), accompagnés d'un document manuscrit autorisant le personnel de l'accueil périscolaire à les lui administrer).

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il déjà eu les allergies et/ou les maladies suivantes :

Si oui, précisez la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir en cas de survenue, et signaler s'il y a automédication.

Asthme :

Allergie médicamenteuse :

Allergie alimentaire :

Autres :

Automédication :

Protocole d'accueil individualisé (PAI)

Votre enfant bénéficie d'un PAI

oui ☐

non ☐

Joindre une copie du PAI

Votre enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations à nous transmettre sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

oui ☐

non ☐

si oui, précisez :

Votre enfant aura-t-il besoin d'une AVS (Assistante de Vie Scolaire) sur le temps d'accueil périscolaire ?

oui ☐

non ☐

Votre enfant porte-t-il

Des lunettes ☐

des lentilles de contact ☐

Un appareil dentaire ☐

un appareil auditif ☐

Autre ☐ précisez :

Médecin traitant

NOM :

Téléphone :

Sécurité sociale

Numéro de sécurité sociale dont dépend le mineur :

Responsable 1

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Tél portable :

Tél domicile :

Tél travail :

Responsable 2

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Tél portable :

Tél domicile :

Tél travail :

Vaccinations

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations.

Joindre **obligatoirement** une copie du carnet de vaccination.

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins obligatoires enfant né avant le 1^{er} janvier 2018

Diphtérie oui ☐ non ☐ Tétanos oui ☐ non ☐ Poliomyélite oui ☐ non ☐

Vaccins supplémentaires obligatoires pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018

Coqueluche : oui ☐ / non ☐ Haemophilus B : oui ☐ / non ☐ Hépatite : oui ☐ / non ☐ Pneumocoques : oui ☐ / non ☐

Méningocoque de sérogroupe A, B, C, W et Y oui ☐ non ☐ Rougeole-oreillons-rubéole (ROR) oui ☐ non ☐

Autre (précisez) :

Déclaration

- ☐ Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si nécessaire.
- ☐ J'autorise le responsable de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date :

Signature du (des) responsable(s) légal(-aux)

