



Mairie de La Garde

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 / 2026

ENFANT

Nom Prénom :
Date de Naissance :/...../..... Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
Nom du Médecin traitant : Tél. :
Repas : ☐ Classique ☐ Sans Porc ☐ Panier Repas (si Projet Accueil Individualisé)
Droit à l'image : ☐ Oui ☐ Non Baignade : ☐ Sait Nager ☐ Se Débrouille ☐ Ne sait pas nager

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

☐ Rubéole ☐ Scarlatine ☐ Varicelle ☐ Coqueluche ☐ Angine
☐ Rougeole ☐ Otite ☐ Oreillons ☐ Rhumatisme Articulaire Aigü

ALLERGIES ou AUTRES

Si oui fournir un PAI (Projet Accueil Individualisé)

☐ Asthme ☐ Médicamenteuse(s) ☐ Alimentaire(s) ☐ Autres :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ 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 administré sans ordonnance.**

INDIQUEZ CI-APRÈS les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

Contre-indication à la Vaccination : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical. Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL ?

☐ lunettes ☐ lentilles ☐ prothèses auditives ☐ prothèses dentaires ☐ Autre(s).....

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom Prénom : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur Légal
Tél. :

Nom Prénom : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur Légal
Tél. :

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

N° de sécurité sociale :

Date :

Signature :