



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE 2025-2026

1. ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐ FILLE ☐

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant les accueils périscolaires (cantine – garderie) de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. **Elle sera détruite à la fin de l'année scolaire 2025-2026 et aucun duplicata ne sera réalisé, ni conservé.**

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

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui ☐ non ☐

L'enfant a-t-il un **PAI** ? oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

.....
.....

Indiquez ci-après :

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

.....

.....

.....

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

Responsable N°1 : NOM PRÉNOM

ADRESSE

.....

Numéros de téléphone :

domicile : portable : travail :

Responsable N°2 : NOM PRÉNOM

ADRESSE

.....

Numéros de téléphone :

domicile : portable : travail :

6. PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le représentant légal)

NOM	Prénom	Lien de Parenté	Numéro de téléphone
			Fixe : Portable :
			Fixe : Portable :
			Fixe : Portable :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire, et autorise le responsable de l'activité sur site à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

PARTIE RESERVEE AU RESPONSABLE DE L'ALSH

N° agrément jeunesse et cohésion sociale : **072ORG0248**

Pour la Commune de Montbizot

Observations faites au cours de l'année scolaire 2025-2026

.....

.....