

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
ANNEE 2026/2027**

1 - ENFANT GARÇON FILLE
NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).
Vous devez nous joindre une photocopie des vaccins.
SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

L'enfant perçoit-il l'**AAEH** ? Oui Non

Si votre enfant a un PAP à l'école, n'hésitez pas à nous en faire part si vous le pensez utile pour son accueil dans la structure.

L'enfant a-t-il un **PAI** ? Oui Non (Si 1^{er} PAI : il peut être réalisé avec la structure)

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.

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ 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, DES DIABOLOS, PRÉCISEZ...

.....

.....

.....

5- Responsables du Mineur :

Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Téléphone :	Téléphone :
Téléphone travail :	Téléphone travail :

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

Date : Signature :