



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Accueil périscolaire « Les P'tits Cheff ' »

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant

**1 - ENFANT :** NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

**Compléter le tableau ci-dessous et 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	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT**

Votre enfant présente-t-il **un problème de santé, si OUI préciser** : oui  non

---

---

---

Votre enfant a-t-il un PAI ? oui  non

Si oui, joindre le PAI (Projet d'Accueil Individualisé) et les médicaments correspondants (boîte de médicament dans leur emballage d'origine marquée au NOM de votre enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il une ALLERGIE ? oui  non

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

ASTHME oui  non

ALIMENTAIRE oui  non

MÉDICAMENTEUSE oui  non

AUTRES oui  non  préciser \_\_\_\_\_

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, difficultés de sommeil, énurésie nocturne...) Précisez

---

---

---

## **5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Responsable n° 1 :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP - VILLE : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Responsable n° 2 :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP - VILLE : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

NOM-Prénom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.  
J'autorise le responsable de l'accueil périscolaire, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues  
nécessaire selon l'état de santé de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_