



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL PERISCOLAIRE 2025-2026

1 - IDENTITE ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE FILLE GARÇON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL
DE VOTRE ENFANT AU SERVICES PERISCOLAIRES.

DOCUMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- copie des vaccins à jour
- ordonnance du médecin pour toute administration de médicament nécessaire à l'accompagnement sanitaire de votre enfant
- PAI Alimentaire ou médical

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE

NOM et NUMERO DE POLICE D'ASSURANCE EXTRASCOLAIRE.....

Père / mère / autre (préciser)..... : TÉL. FIXE :PORTABLE :

Père / mère / autre (préciser)..... : TÉL. FIXE :PORTABLE :

NOM et NUMERO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT

3 - VACCINATIONS (vous pouvez fournir la copie du carnet de vaccinations)

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

4 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si **oui** en plus de l'ordonnance, joindre 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.

Une PAI est-il en place à l'école Oui Non

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VAR CELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

L'ENFANT A-T-IL UNE ALLERGIE ?

- ASTHME
- ALIMENTAIRE
- AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

L'ENFANT A-T-IL DES ANTECEDENTS OU DIFFICULTÉS DE SANTÉ ?

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, comportement)

PRÉCISEZ LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

D'ordre médical (*port de lunettes, lentilles de contact, prothèse auditives, dentaires, etc.*) :

.....

.....

.....

D'ordre alimentaire : SANS PORC SANS VIANDE

Une PAI alimentaire est en place : Oui Non

Je soussigné **responsable légal de l'enfant**..... ,
déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.

Date :

Signature :