



ANNÉE SCOLAIRE 20__ - 20__

Fiche sanitaire de liaison - SERVICES PERISCOLAIRES (Accueil périscolaire – Cantine)

Identité de l'enfant

Nom : Prénom :
 Date et lieu de naissance :
 Classe fréquentée :

Responsable légal (domicile de l'enfant) : Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal ☐

Nom : Prénom :

Adresse :

Adresse mail :

Téléphone (en cas d'absence) :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Vaccinations (se référer au carnet de santé)							
Vaccins obligatoires*	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (précisez)			
ou tétracoq							
B.C.G							

*Joindre un certificat de contre-indication dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires

Renseignements médicaux	
L'enfant doit-il suivre un traitement médical*	☐ oui ☐ non
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	

Rubéole	varicelle	Angine	Scarlatine	coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme
☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui
☐ Non	☐ Non	☐ Non	☐ Non	☐ Non	☐ Non	☐ Non	☐ Non	☐ Non

Allergies
Médicamenteuses :
Alimentaires** :
Autres informations importantes :

** joindre la copie du PAI

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

.....

J'autorise mon enfant à être hospitalisé en cas d'urgence

oui ☐

non ☐

Fait à : Le

Je soussigné (e)responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur les fiches et autorise les services à prendre, le cas échéant, toutes mesures (intervention, hospitalisation) rendues nécessaires à l'état de l'enfant.

Signature

(Précédée de la mention lu et approuvé)

