

## 5 - FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 /2026

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Classe fréquentée : .....

**1 - VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

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				Haemophilus	
Rubéole-Oreillons-Rougeole*				Pneumocoque	
Hépatite B*				Autres (préciser)	
Coqueluche*					
Pneumocoque*					
Méningocoque C*					
Haemophilus*					
*Pour les enfants nés après le 1 <sup>er</sup> janvier 2018					

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication** (ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

**2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:**

➤ **L'enfant, a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

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

➤ **L'enfant présente-t-il des difficultés de santé particulières, qui nécessitent la transmission d'informations médicales, de précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter ?**

OUI  NON

Si oui, précisez :

.....

.....

.....

.....

➤ **Mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :** OUI  NON

Si oui, précisez :

.....

.....

.....

.....

**➔ Joindre une copie du PAI et les éventuels traitements liés au PAI.**

➤ **L'enfant présente-t-il des allergies ?**

Alimentaire NON  OUI  Préciser : .....

Médicamenteuse NON  OUI  Préciser : .....

Autres (animaux, pollen, plantes...) NON  OUI  Préciser : .....

En cas d'allergie, précisez la conduite à tenir :

.....

.....

.....

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS:**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc., précisez :

.....

.....

.....

**4 - RESPONSABLES DE L'ENFANT :**

**Responsable 1 :**

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Tél travail : .....

**Responsable2**

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Tél travail : .....

En cas d'impossibilité de me joindre par téléphone pour mon accord en vue d'une intervention médicale ou chirurgicale urgente, j'autorise le SIS de la Vallée de la Seille à agir en mes nom et place auprès d'un praticien qualifié.

**Nom et téléphone du médecin traitant :** .....

**5- PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT :**

J'autorise mon enfant à repartir à l'issue de l'accueil périscolaire ou en cas de nécessité avec les personnes suivantes :

Nom et Prénom	En qualité de (lien avec l'enfant ou la famille)	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.

À ....., le .....

Signature