

5 - FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026 /2027

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	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Haemophilus	
Rubéole-Oreillons-Rougeole*				Pneumocoque	
Hépatite B*				Autres (préciser)	
Coqueluche*					
Pneumocoque*					
Méningocoque C*				*Pour les enfants nés après le 1 ^{er} janvier 2018	
Haemophilus*					

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 ☐ NON ☐SCARLATINE OUI ☐ NON ☐VARICELLE OUI ☐ NON ☐COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐ANGINE OUI ☐ NON ☐OTITE OUI ☐ NON ☐OREILLONS OUI ☐ NON ☐ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ

OUI ☐ NON ☐➤ **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