

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025/2026

Nom de l'enfant	
Prénom	
Date de Naissance	
Garçon ☐ Fille ☐	

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom	
Lien avec l'enfant	
Téléphone	

Nom	
Lien avec l'enfant	
Téléphone	

Personne à contacter en cas d'absence des parents

Nom	
Lien avec l'enfant	
Téléphone	

1. Médecin traitant

Nom du médecin traitant	
Adresse	
Numéro de téléphone	

2. Hospitalisation *Dans le cadre des activités municipales, une hospitalisation peut être nécessaire face à une situation médicale d'urgence. (l'enfant sera dirigé vers l'hôpital le plus proche)*

L'enfant est autorisé à être hospitalisé à.....

3. Vaccinations *(Joindre photocopies du carnet de vaccination)*

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

4. maladie de l'enfant

Votre enfant présente-t-il des difficultés de santé (telles que l'asthme, crises convulsives, opérations diverses, troubles du comportement, dépression, troubles de l'hygiène, diabète, problèmes de mobilité...) ?

.....
.....
.....

5. Allergies

L'enfant est-il sujet à des allergies (à un médicament, à un aliment, à autre chose...) ?

.....
.....
.....

6. Prescriptions médicales

Suit-il un protocole spécifique :

- ☐ PAI en cours de validité (projet accueil individualisé)
- ☐ Ordonnances et/ou prescriptions médicales en cours

A noter qu'il est obligatoire de fournir à la direction les copies de tout protocole en cours, afin de garantir une bonne prise en charge médicale le cas échéant.

7. Particularité de l'enfant

l'enfant suit-il un régime alimentaire particulier:

- ☐ végétarien ☐ sans porc ☐ sans viande

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives, appareil dentaire... (préciser) ?

.....
.....
.....

Je soussigné (e),responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier

Je reconnais avoir communiqué toutes les informations nécessaires concernant la santé, le comportement et les besoins spécifiques de mon enfant, afin de garantir sa sécurité et celle des autres.

J'autorise l'organisateur à prendre, au cas où les familles ne seraient pas joignables, les décisions rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation...)

Lu et approuvé, Date et signature

Validation Service Jeunesse par :
Date :
Signature :