

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

## ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT. Elle pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités. Cette fiche sera conservée durant 2 ans.

### FOURNIR OBLIGATOIREMENT LE CARNET DE VACCINATION

**⚠ SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION OU UNE ATTESTATION DU MEDECIN TRAITANT.**

### 1 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ?  OUI  NON

**⚠ Si OUI, le P.A.I est à remettre à la direction de l'école et de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné des préconisations et du traitement correspondant.**

**ALLERGIES :**      AUCUNE     ASTHME     MÉDICAMENTEUSES   
ALIMENTAIRES     AUTRES (animaux, pollen, plantes...)

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES EVOCATEURS ET LA CONDUITE À TENIR.**

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

L'enfant est-t-il en situation de handicap ?  OUI  NON

**Si OUI, l'enfant a-t-il un dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)**

OUI                       EN COURS                       NON

**INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

**⚠ ATTENTION :** Si votre enfant suit un traitement médical, **JOINDRE OBLIGATOIREMENT** une ordonnance récente et 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 ADMINISTRÉ SANS L'ORDONNANCE.**

## 2 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :** AUCUN APPAREILLAGE   
DES LENTILLES  DES LUNETTES  DES PROTHÈSES AUDITIVES  DES PROTHÈSES DENTAIRES

AUTRE : (préciser) .....

**VOTRE ENFANT A-T-IL :** Des difficultés de sommeil, de l'énurésie nocturne, des problèmes de comportement, etc...

Précisez.....  
.....  
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les Renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, la direction du centre de loisirs ou le référent de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

**Date :**

**Signature :**

- Rappel :
- Article 372-2 du Code civil : [...] chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant.
  - Article 441-7 du code pénal : est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'établir une attestation faisant état de faits matériellement inexacts.