



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

ANNÉE SCOLAIRE : 2026/2027

Fille  Garçon

Taille : .....

Poids : .....

**1. ENFANT**

NOM : .....

PRENOM : .....

Né(e) le : .....

À : .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Si oui cochez la case correspondante)

RUBEOLE  VARICELLE  ANGINE  RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU   
SCARLATINE  COQUELUCHE  OTITE  ROUGEOLE  OREILLONS

**ALLERGIES :** asthme  alimentaires  médicamenteuses

Autres : .....

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

.....

**2. VACCINATIONS ( joindre une copie des vaccins\*)**

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou DT Polio</b>				BCG	
<b>Ou Tétracoq</b>				Autres (préciser)	

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il : des lentilles  des lunettes  des prothèses auditives

Des prothèses ou appareils dentaires  autres ? Précisez .....

Autres recommandations : .....

**5. AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives.....

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées.....

**6. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

N° Sécurité sociale: .....

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 à prendre le cas échéant toutes mesures traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à ..... Le .....

Signature du responsable légal de l'enfant :

**3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**INFORMATIONS SPECIFIQUES :**

Avez-vous mis en place un Protocole d'Accueil Individualisé :  oui  non

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique  oui  non

(si oui précisez dans le cadre 4 : Recommandations utiles des parents)

L'enfant est-il en situation de handicap  oui  non

(Si oui, et si elle est reconnue merci de joindre la notification MDPH et l'attestation de la CAF si bénéficiaire de l'AEEH)

L'enfant suit-il un traitement médical  oui  non

**Si oui joindre 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 (même homéopathique) ne pourra être administré sans ordonnance.**