

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

SERVICES PÉRISCOLAIRES DE RUFFIGNÉ --- Année scolaire 2025 - 2026

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérite				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				Haemophilus	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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 LE MINEUR

Poids : _____ kg Taille : _____ cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 ne pourra être pris sans ordonnance.

3- ALLERGIES ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRE Oui Non AUTRES (animaux, plantes, pollen) Oui Non
Précisez : _____

Si oui, joindre **CERTIFICAT MEDICAL** : NOUS ACCUEILLERONS L'ENFANT **UNIQUEMENT SI UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ EST MIS EN PLACE** ENTRE UN MEDECIN, LA FAMILLE ET LES STRUCTURES D'ACCUEIL.

CETTE PROCÉDURE PRÉCISE LES RISQUES, LES MEDICAMENTS, LES DOSES, LES TEMPS D'ADMINISTRATION, AINSI QUE L'ENSEMBLE DES MANIPULATIONS A SUIVRE POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ETRE DE VOTRE ENFANT

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

PORT DE LENTILLES, LUNETTES, APPAREIL DENTAIRE OU AUDITIF, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 – RESPONSABLES DU MINEUR

RESPONSABLE N°1 : NOM PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. DOMICILE : TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

E-mail

RESPONSABLE N°2 : NOM PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. DOMICILE : TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

E-mail

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil du service municipal, à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :