

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026/2027

NOM, Prénom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____
Section : _____ / Commune de scolarisation : _____

Représentant légal 1

NOM Prénom : _____
N° portable : _____

Représentant légal 2

NOM Prénom : _____
N° portable : _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence si les responsables 1 et 2 ne sont pas joignables

NOM Prénom : _____ N° portable : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ?** Oui Non
Si OUI en fournir obligatoirement une copie

ALLERGIES	Oui	Non	Causes (ex : arachide, aspirine, foin...)
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Asthme			
Autres (à préciser)			

Signes évocateurs	Conduite à tenir en cas de crise

➤ Médication périscolaire :

Attention aucun médicament ne peut être administré sans ordonnance médicale.

- **Vaccinations : joindre impérativement une copie de toutes les pages de vaccination du carnet de santé.**

Rappel : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F767>

- Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) sont obligatoires
- Pour les enfants nés après le 1er janvier 2018, la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP), la coqueluche, les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b, l'hépatite B, les infections invasives à pneumocoque, le méningocoque de séro groupe C, la rougeole, les orillons et la rubéole sont obligatoires.

URGENCES MEDICALES

Je déclare avoir pris connaissance qu'il sera fait appel au SAMU qui prendra, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de mon enfant.

Date ___/___/___

Signature :

Tournez SVP →

