



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2024  
-  
2025

## 1. ENFANT

Maternelle       Primaire      Classe : \_\_\_\_\_

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

Sexe    F     M

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

## 2. VACCINATIONS :

Pour les enfants nés avant le **1er janvier 2018**, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont obligatoires.  
Pour les enfants nés à **partir de 2018**, les 11 vaccins sont obligatoires

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> la diphtérie               | <input type="checkbox"/> la rougeole       |
| <input type="checkbox"/> le tétanos                 | <input type="checkbox"/> les oreillons     |
| <input type="checkbox"/> la poliomyélite            | <input type="checkbox"/> la rubéole        |
| <input type="checkbox"/> l'haemophilus influenzae B | <input type="checkbox"/> le méningocoque C |
| <input type="checkbox"/> la coqueluche              | <input type="checkbox"/> le pneumocoque    |
| <input type="checkbox"/> l'hépatite B               |  |

## 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical de fond ?      Oui       Non

Si la réponse est oui, un projet d'accueil individualisé est **OBLIGATOIRE**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

ALLERGIES : ASTHME      Oui       Non       MÉDICAMENTEUSES      Oui       Non   
ALIMENTAIRES      Oui       Non       AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Tél 1 : \_\_\_\_\_

Tél 2 : \_\_\_\_\_

### PERSONNES HABILITÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Tél 1 : \_\_\_\_\_

Tél 2 : \_\_\_\_\_

