



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

PHOTO

1. ENFANT

Type de repas : classique sans porc végétarien

Maternelle Primaire Classe _____

Sexe F M

NOM : _____ 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

- ▶ la diphtérie
- ▶ le tétanos
- ▶ la poliomyélite
- ▶ l'haemophilus influenzae B
- ▶ la coqueluche
- ▶ l'hépatite B
- ▶ la rougeole
- ▶ les oreillons
- ▶ la rubéole
- ▶ le méningocoque C
- ▶ le pneumocoque

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 : _____

