



Code de l'action sociale et des familles

**Fiche sanitaire de liaison  
2024/2025 à jour, sinon  
l'inscription sera invalide**

**Enfant :** Nom

Prénom

Date de naissance

filles  garçons

Adresse

**I - Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite			
Rubéole			
Coqueluche			
B.C.G			
Hépatite B			
Autres (à préciser)			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

**II - Renseignements médicaux**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Maladies	Oui	Non	Maladies	Oui	Non
Rubéole			Otite		
Varicelle			Rougeole		
Angine			Oreillons		
Scarlatine			Autres (à préciser)		
Coqueluche					

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

L'enfant a-t-il des allergies ?

Allergies	Oui	Non
Médicamenteuses		
Alimentaires		
Asthme		
Autres (à préciser)		

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

**III - Recommandations utiles**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

**IV - Responsable légale de l'enfant**

Nom du responsable

Prénom du responsable

Adresse

Tél. portable :

travail :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Numéro de Sécurité Sociale :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, « **nom et prénom du responsable légal** »

**déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'activité ou le directeur de l'association, le cas échéant, à prendre toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :