

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Code de l'Action Sociale et des Familles

Arrêté du 20 février 2003 – Article L.227-4



**ANNÉE SCOLAIRE - 01/09/2021 au 31/08/2022**

### **ALSH Périscolaires et Extrascolaires**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de votre enfant.  
Fournir obligatoirement les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant.

#### **ENFANT**

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON / FILLE (Rayer la mention inutile)

#### **NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

#### **VACCINATIONS**

Depuis le 1er janvier 2018, 11 vaccinations sont obligatoires et conditionnent l'entrée en collectivité pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018. Il s'agit des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (déjà obligatoires), la coqueluche, les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b, l'hépatite B, les infections à pneumocoque, les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

**FOURNIR OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DES PAGES VACCINATIONS  
LES PAGES DOIVENT COMPORTER LE NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT**

#### **MALADIES / ALLERGIES**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cochez la case)

MALADIES	OUI	NON	ALLERGIES	OUI	NON
RUBÉOLE			ASTHME		
VARICELLE			POLLENS		
ANGINE			SOLEIL		
RHUMATISME			ALIMENTAIRES (précisez)		
SCARLATINE			.....		
COQUELUCHE			MÉDICAMENTEUSES (précisez)		
OTITE			.....		
ROUGEOLE			AUTRES (précisez)		
OREILLONS			.....		

**TRAITEMENT MÉDICAL**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

En cas de problèmes de santé, indiquez ci-dessous, toutes les informations utiles que vous jugez nécessaires dans le cadre de la prise en charge de votre enfant. (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires, etc)

---

---

---

---

---

---

---

---

**MÉDECIN TRAITANT**

NOM : _____
PRÉNOM : _____
TÉLÉPHONE : _____

**RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT**

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Je m'engage à signaler à l'organisateur tout changement sur l'état de santé de mon enfant.

**Fait à ..... Le..... Signature**

**OBSERVATIONS A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DE L'ACCUEIL**

---

---

---

---