



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON  
MAIRIE**

**Année 2024 - 2025**

**1. ENFANT :**

**NOM de l'enfant :** ..... **Prénom :** ..... **Garçon**  **Fille**   
**Date et lieu de naissance :** .....  
**Adresse :** .....  
**Code Postal :** ..... **Ville :** .....  
**N° allocataire CAF :** ..... **Quotient Familial :** .....  
**Régime alimentaire particulier :** **Oui**  **lequel :** ..... **Non**

**2. RESPONSABLES DE L'ENFANT :**

Qui exerce l'autorité parentale ?      **PÈRE :**            **MÈRE :**     

**NOM et prénom :** .....  
**Adresse (si différente) :** .....  
**Code postal, Ville :** .....  
**Téléphone :** .....  
**Portable :** .....  
**Courriels : (Indispensables)** .....  
**Employeur :** .....  
**Tel. Professionnel :** .....

**AUTRES PERSONNES à joindre en cas d'urgence, ou gardienne (préciser le lien de parenté) :**

- ..... **Téléphone :** .....  
 - ..... **Téléphone :** .....  
 - ..... **Téléphone :** .....  
 - **Assurance :** ..... **N° d'assuré** .....  
 - **N° sécurité sociale :** .....  
 - **Nom du médecin traitant :** ..... **Téléphone :** .....

**3. AUTORISATIONS :**

• **D'ADMINISTRATION ET D'APPLICATION DE : (en cas de nécessité)**

Crème solaire	Lotion désinfectante	Crème contre les ecchymoses	Granules d'arnica	Gel hydroalcoolique
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **autorise les responsables,**
  - **A faire soigner mon enfant**
  - **A faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous premiers soins nécessités par son état**
  - **A faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions des médecins**

#### 4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Asthme : Oui  Non
- Allergies : .....PAI : Oui  Non
- Conduites à tenir : .....
- .....
- Contre-indications : .....
- Antécédents médicaux ou chirurgicaux : .....
- Pathologies chroniques : .....
- Autres renseignements concernant sa santé (lunettes, prothèses) .....
- Indiquer les **difficultés de santé**, antécédents médicaux, pathologies chroniques : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation,) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.....
- .....
- .....
- Traitement médical de longue durée pendant le séjour : .... Oui  Non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).*

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

#### 5. VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

*Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.*

**DATE** : .....

**Signature des 2 parents :**