



FICHE SANITAIRE DE LIAISON MAIRIE

Année 2025 - 2026

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 ☐ le quel : 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
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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 :