

Année Scolaire 2025-2026

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Fille ☐

Garçon ☐



CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE PRESENCE DE L'ENFANT A « LA RUCHE » ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

VOTRE ENFANT A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?

(Sans porc, sans viande, si allergie pensez au certificat médical pour le traiteur.)

1 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES pour TOUS	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS (OBLIGATOIRE pour les enfants nés au 1 ^{er} janvier 2018)	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie	/ /	Hépatite B	/ /
Tétanos	/ /	Rubéole-Oreillons-Rougeole ROR	/ /
Poliomyélite	/ /	Coqueluche	/ /
Ou DTP	/ /	BCG	/ /
		Méningocoque C	/ /
		Haemophilus influenzae de type b	/ /

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.

Votre enfant est-il à besoin particulier ? (TSA-TDA(H)-DYS-handicap...) oui ☐ non ☐ en cours ☐

Si oui nous vous invitons à prendre rendez-vous avec le directeur/trice de l'accueil afin de préparer sa venue.

Votre enfant est-il diagnostiqué ?

oui ☐ non ☐

Si oui, précisez le **diagnostic** :

Disposez-vous d'une notification MDPH ? (par ex AEEH)

oui ☐ non ☐ en cours ☐

Si oui, joindre la **notification**

Votre enfant dispose-t-il d'un Plan d'Accueil Individualisé ?

oui ☐ non ☐

Si oui, veuillez-nous le **transmettre**

ALLERGIES :

ASTHME

oui ☒ non ☐

ALIMENTAIRE

oui ☒ non ☐

MEDICAMENTEUSE

oui ☒ non ☐

AUTRE

oui ☒ non ☐

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE				VARICELLE				ANGINE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ				SCARLATINE			
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON	
COQUELUCHE				OTITE				ROUGEOLE				OREILLONS							
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON					

INDIQUEZ LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM / Prénom.....

ADRESSE.....

📞 **FIXE** du DOMICILE : 📞 **PORTABLE**.....

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT

☎ DU MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **autorise le responsable du service périscolaire « La Ruche » à prendre, le cas échéant, toutes mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) **rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date :

Signature :

5- OBSERVATIONS