



Périscolaire de Pierrepont

Fiche Sanitaire de Liaison

2025-2026

Document
confidentiel

L'Enfant

Nom : Prénom :
Né (e) le : à :
Si naissance multiple (indiquez le rang) : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon
Ecole : Classe :
Poids : kg Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Responsable légal 1

Nom : Prénom :
Lien avec l'enfant : Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non
Adresse :
Tél Fixe : Tél Portable : Tél Pro :

Responsable légal 2

Nom : Prénom :
Lien avec l'enfant : Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non
Adresse :
Tél Fixe : Tél Portable : Tél Pro :

Renseignements médicaux

Nom et Téléphone du médecin traitant :

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

Obligatoires	Oui	Non	Date du rappel	Recommandés	Date
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP)				Rotavirus	
Coqueluche				Méningocoque B	
Haemophilus (Hib)				BCG	
Hépatite B				Autres préciser	
Pneumocoque					
Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)					
Méningocoque C					

Joindre les copies des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations et/ou du carnet de vaccinations et/ou attestation d'un médecin.

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	

Renseignements médicaux (suite)

L'enfant a-t-il des **ALLERGIES** :

Asthme			Alimentaires			Médicamenteuses			Autres (précisez)			Autres (précisez)		
Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui		Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence au périscolaire ? ☐ 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.

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : ☐ Oui ☐ Non

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

Précisez :

Indiquez, ci-après, les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre** :

.....

Informations complémentaires (à renseigner obligatoirement) :

Votre enfant porte-t-il : (au besoin prévoir un (ou des) étui(s) au nom de l'enfant)

- Des lentilles.....☐ Oui ☐ Non
- Des lunettes☐ Oui ☐ Non
- Des prothèses auditives.....☐ Oui ☐ Non
- Des prothèses ou appareil dentaire ...☐ Oui ☐ Non
- Autres recommandations / précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

Autorisations :

- J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives ... ☐ Oui ☐ Non
- J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées..... ☐ Oui ☐ Non
- Autorisation de transport en véhicule de service et car de location..... ☐ Oui ☐ Non
- Autorisation de déplacement à pied..... ☐ Oui ☐ Non

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à, le

Signature